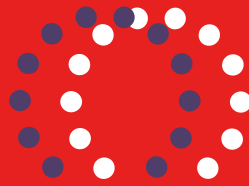


Ritva Linnakangas
Pirjo Lehtoranta

Lapset ja nuoret kuntoutuksessa

Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen
arvioinnin osaraportti



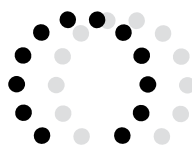
69/2009

Sosiaali- ja terveysturvan selosteita

Ritva Linnakangas ja Pirjo Lehtoranta

Lapset ja nuoret kuntoutuksessa

**Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen
kehittämishankkeen arvioinnin osaraportti**



69/2009
Sosiaali- ja terveysturvan
selosteita

Kela[®]

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2009

ISBN 978-951-669-809-3 (nid.)

ISBN 978-951-669-810-9 (pdf)

ISSN 1455-0113

Vammalan Kirjapaino Oy
Sastamala 2009

ALKUSANAT

Kela käynnisti vuonna 2000 harkinnanvaraisena kuntoutuksena lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen. Tässä raportissa arvioidaan kehittämishankkeen toteuttamista vuosina 2005–2006.

Arvioinnista vastasi arviointiryhmä, johon raportin kirjoittajien ja tutkijoiden (Ritva Linnakangas, Lapin yliopisto ja Pirjo Lehtoranta, Kuntoutussäätiö) lisäksi kuuluivat arviointihankkeen johtaja professori Asko Suikkanen Lapin yliopistosta ja professori Aila Järvikoski samasta organisaatiosta.

Työskentelyn tukena toimi ohjausryhmä, jonka puheenjohtajana oli asiantuntijalääkäri Kirsi Vainiemi Kelasta, ja jäseninä olivat Suikkasen ja Järvikosken lisäksi projektipäällikkö Tuula Ahlgren, suunnittelija Marjatta Kallio, erikoistutkija Sirkka-Liisa Karppi, suunnittelija Hanna Pakkala, tutkimusprofessori Raimo Raitasalo, johtava tutkija Marketta Rajavaara ja terveystutkimuksen päällikkö Ilona Autti-Rämö (huhtikuusta 2008 alkaen) Kelasta.

Arvioinnin keskeisinä tietolähteinä toimivat 11 palveluntuottajan toteuttamat perhekuntoutushankkeet, lapsia ja nuoria perhekuntoutukseen lähettäneet tahot sekä kuntoutukseen osallistuneet perheet. Kela järjesti kaksi seminaaria perhekuntoutushankkeille ja neljä alueellista tilaisuutta hankkeille ja niille terveydenhuollon edustajille, jotka olivat lähettäneet lapsia ja perheitä kuntoutukseen kyseisiin hankkeisiin. Tilaisuuksissa käydyt keskustelut tarjosivat aineistoa myös arvioinnille. Raportin käsikirjoitusta kommentoi ohjausryhmän jäsenten lisäksi tutkimusjohtaja Ullamaija Seppälä Kuntoutussäätiöstä. Arvioinnin suunnitteluun tai sen johonkin erityistee- maan saatiin kommentteja lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri Hanna Ebelingiltä, kuntoutuksen lehtori Marjo-Riitta Mattukselta ja lastenpsykiatri, professori Seija Sandbergilta.

Arviointitutkimuksen rahoitti Kela. Raportti saatettiin julkaisukuntoon Kelan tutkimusosaston julkaisutoimittuksessa.

Kiitämme arvioinnin toteuttamiseen saamastamme tu- esta, ohjauksesta, kommentteista sekä vuoropuhelusta ja yhteistyöstä arvioinnin eri vaiheissa.

Rovaniemellä ja Helsingissä helmikuussa 2009

Ritva Linnakangas ja Pirjo Lehtoranta

Kirjoittajat

Ritva Linnakangas, YTT, tutkija
Lapin yliopisto, yhteiskuntatutkimuksen laitos
etunimi.sukunimi@ulapland.fi

Pirjo Lehtoranta, PsL, tutkija
Kuntoutussäätiö, Kuntoutusalan tutkimus-
ja kehittämiskeskus
etunimi.sukunimi@kuntoutussaatio.fi

Sarjan julkaisut on hyväksytty
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto
www.kela.fi/tutkimus
tutkimus@kela.fi

SISÄLTÖ

Tiivistelmä	4
Abstract.....	5
1 Johdanto	6
2 Lasten ja nuorten mielenterveys.....	7
2.1 Mielenterveysongelmat	7
2.2 Ovatko mielenterveysongelmat lisääntyneet vai vähentyneet?	12
2.3 Mielenterveyspalvelut	13
2.4 Mielenterveyspalvelujen käyttö ja psykkisen tuen tarve	16
3 Lapsi ja perhe kuntoutujana.....	18
4 Kehittämishankkeen arviointi	20
4.1 Arvioinnin tehtävä ja arviointiasetelma.....	20
4.2 Aineistot.....	22
5 Asiakkuuden muodostuminen.....	23
5.1 Perhekuntoutukseen lapsia ja nuoria lähettäneet tahot.....	23
5.2 Hankkeiden asettamat kriteerit asiakkuudelle	25
6 Perhekuntoutuksen kohderyhmä.....	26
7 Perhekuntoutuksen toteuttaminen	28
7.1 Tavoitteiden asettelu.....	28
7.2 Kuntoutussuunnittelu.....	30
7.3 Perhekuntoutushankkeiden työskentely	31
8 Yhteistyötahot ja verkostojen käyttö.....	38
9 Kuntoutumisen vaikutukset perheiden arkeen	40
9.1 Miksi perhekuntoutukseen osallistuttiin?	40
9.2 Koetut vaikutukset	40
10 Vaikeudet ja keinot tavoitteisiin pääsemisessä.....	45
11 Odotukset terveydenhuollon ja koulun näkökulmasta	45
12 Hyvät toimintakäytännöt	46
13 Yhteenveto kehittämishankkeesta ja johtopäätökset	50
13.1 Valintakäytännöistä.....	51
13.2 Kuntoutumista tukevia toiminta- käytäntöjä	52
Kirjallisuus.....	55
Liitteet 1–15.....	61

Tiivistelmä

Linnakangas R, Lehtoranta P. **Lapset ja nuoret kuntoutuksessa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arvioinnin osaraportti.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 69, 2009. 88 s. ISBN 978-951-669-809-3 (nid.), 978-951-669-810-9 (pdf).

Kelan perhekuntoutushankkeissa kehitetään lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen monialaista perhekuntoutusta. Lapsilla ja nuorilla tulee ennen kuntoutuksen aloittamista olla lääkärin toteama mielenterveysongelma sekä hoitosuhde ja heidän tulee hoitavan tahon arvion perusteella olla perhekuntoutuksen tarpeessa. Osallistujat ovat yleensä 5–15-vuotiaita, poikkeustapauksessa 16–25-vuotiaita. Perhekuntoutushankkeet edustavat kolmannen sektorin tai muita yksityisiä palveluntuottajia eri puolelta Suomea. Vuosina 2005–2006 yhteentoista perhekuntoutushankkeeseen osallistui 578 lasta ja nuorta perheineen.

Perhekuntoutuksen ulkoisen arvioinnin toteuttavat Lapin yliopisto ja Kuntoutussäätiö. Tehtävänä on arvioida, löytyykö hankkeista sellaisia toimintamalleja tai niiden osia, joiden jatkaminen tulevaisuudessa olisi perusteltua. Tässä osaraportissa käsitellään arviointitehtävää alustavasti ja tarkastelu kohdistuu vuosiin 2005–2006. Raportissa kuvataan asiakkuuden muodostumista, kohderyhmää, sen ongelmia ja perheiden kokemuksia kuntoutuksesta sekä arvioidaan perhekuntoutuksen toteuttamista ja hankkeiden verkostoitumista. Arviointi toteutetaan monitahoarviointina. Aineiston muodostavat perhekuntoutushankkeilta, lapsia ja nuoria kuntoutukseen lähettäneiltä tahoilta sekä kuntoutukseen osallistuneilta perheiltä kerätty aineisto. Arviointi jatkuu vuoden 2009 loppuun asti.

Tulosten mukaan kuntoutukseen lähettäjinä toimivat useimmiten lastenpsykiatrian poliklinikka, terveyskeskus tai koulu. Mielenterveyden häiriöistä lapsilla ja nuorilla esiintyy yleisimmin neuropsykiatrisia oireita, ahdistuneisuushäiriöitä, käyttäytymishäiriöitä tai masennusta. Perhekuntoutuksen toteutumistavat vaihtelevat hankkeittain. Osassa hankkeista toiminta painottuu lapsen yksilötapaamisiin sekä lapsen kanssa tapahtuvaan muuhun työskentelyyn tai perhekäynteihin. Osassa hankkeista toiminnan pääpaino on lasten tai lasten ja vanhempien ryhmätoiminnoissa. Muutamassa hankkeessa kuntoutus painottuu perheterapiaan tai perhetapaamisiin sekä lapsen ja vanhempien yhteis-

tapaamisiin. Verkostotyöskentelyssä ja hankkeiden osallistumisessa lapsen arkeen (päivähoito, koulu) on suuria eroja.

Perheet ilmaisevat kuntoutukseen tulon syyksi useimmiten lapsen käyttäytymiseen liittyvät ongelmat, tunne-elämän tai aktiivisuuden ja tarkkaavuuden ongelmat. Vanhempien mielestä erityisesti lapsen tunne-elämässä mutta myös kaverisuhteissa, sosiaalisuudessa, tarkkaavuudessa ja käyttäytymisessä on tapahtunut kuntoutuksen myötä muutoksia. Vanhemmat kokevat saaneensa voimavaroja tukea lastaan mm. lapsen tunnetilojen käsittelyssä. Vanhemmat ovat saaneet tietoa lasten käyttäytymisestä ja kasvatuksesta. Lasta ovat auttaneet yksilötapaamiset, ryhmään kuuluminen, toimintapainotteisuus ja määrätietoinen ohjaaminen. Vanhemmat ovat kokeneet tärkeiksi vertaistuen, saamansa tuen vanhemmuuteen ja perheille järjestetyn yhteisen toiminnan.

Kuntoutuksen yhteinen suunnittelu, sen edistymisen seuranta ja jatkotuesta sopiminen palveluntuottajan, lapsen/nuoren ja hänen perheensä sekä lähettäjätahon kanssa tukevat kuntoutumista. Koko perheelle, sisarukset mukaan lukien, on tärkeää suoda mahdollisuus osallistua kuntoutukseen, jonka kesto ja intensiteetti määräytyvät joustavasti. Tarvitaan erilaisia työskentelyotteita: yksilötyöskentelyä lapsen kanssa, lasten ja vanhempien ryhmätyöskentelyä ja perheen kanssa työskentelyä sekä kotikäyntejä. Vertaistuki on tärkeää niin lapsille kuin vanhemmillekin. Kuntoutuksen tueksi on hyvä luoda yhteisiä käytäntöjä lapsen lähiaikausten kanssa päivähoidossa ja koulussa.

Asiasanat: perhekuntoutus, lasten mielenterveys, nuorten mielenterveys, mielenterveyspalvelut, arviointi

Abstract

Linnakangas R, Lehtoranta P. **Children and adolescents in rehabilitation. Preliminary evaluation report of a development programme implemented by the Social Insurance Institution for psychiatric family rehabilitation.** Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Social security and health research: Working papers 69, 2009. 88 pp. ISBN 978-951-669-809-3 (print), 978-951-669-810-9 (pdf).

The aim of the family rehabilitation projects implemented by the Social Insurance Institution is to develop multidisciplinary psychiatric family rehabilitation for children and adolescents and their families. Children and adolescents eligible for family rehabilitation must have a diagnosed psychiatric disorder and a need for rehabilitation assessed by a medical doctor. In general, the participants are 5 to 15 years old, but may in special cases be aged between 16 and 25 years. The family rehabilitation programmes are run by third sector or private service providers from around Finland. Altogether 578 children and adolescents and their families took part in eleven family rehabilitation programmes during the first phase of evaluation in 2005–2006.

External evaluation of these family rehabilitation projects is carried out by the University of Lapland and the Rehabilitation Foundation. The evaluation focuses on identifying successful implementations or parts thereof that are worth mainstreaming. This preliminary report describes how families get referred to the projects, what are the demographics and the diagnoses of the participating children and adolescents, and how the families experience the rehabilitation process. This report evaluates the implementation of the family rehabilitation and the networking of the programmes.

The evaluation is done as a multiple constituency evaluation. The data consist of material collected from the family rehabilitation programmes, the organisations that have referred the children and adolescents to the rehabilitation, and the families that have participated in the rehabilitation. The evaluation will continue until the end of 2009.

Referrals to rehabilitation mostly come from child psychiatric clinics, health centres and schools. Most commonly, the children referred have neuropsychiatric symptoms, anxiety disorders, behavioural disorders or depression. The family rehabilitation

projects vary in terms of their implementation. Some programmes focus on individual sessions and other work with the children as well as on family visits. In other programmes, the focus is on group activities with the children or with their families. A few programmes focus on family therapy or family sessions, or on joint meetings with the children and their parents. There are great differences in networking and in how the programmes operate in the field (day care, school).

Families cite problems with their child's behaviour, emotional life or activity and attention span as the most common reasons for entering rehabilitation. Parents report noticing changes especially in their children's emotional life but also in their relationships with friends, social skills, attention span and behaviour. Parents feel they have acquired resources to support their children e.g. in processing their emotions, and that they have received information about their children's behaviour and upbringing. Further, parents feel that their children have benefited from the individual sessions, from being part of a group, from the action oriented nature of the rehabilitation and from persistent guidance. Parents consider peer support, support for parenting and the collective activities organised for the families to be particularly important.

Practices that stand out as beneficial to the rehabilitation process include cooperative planning, the follow-up of the rehabilitation, and negotiating for further support with the service provider, the child/adolescent and his family and the referring organisation. It is important that the whole family – siblings included – is given the possibility to participate in the rehabilitation. It is also very important that the rehabilitation is of flexible duration and intensity. The rehabilitation projects require a variety of different methods: individual sessions with the child, group work with children and their parents, working with families, and home visits. Peer support is important both for children and their parents. Common practices with children and grown-ups close to the child in day care or school support the rehabilitation.

Key words: family rehabilitation, children's mental health, adolescent's mental health, mental health services, evaluation

1 Johdanto

Ajankohtaisia kysymyksiä 2000-luvulla ovat olleet lasten ja nuorten tunne-elämän, tietojen, taitojen ja sosiaalisen kehityksen tasapainoisuus ja hyvä mielenterveys¹. Muun muassa Suomen sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 -ohjelmassa² korostetaan lasten ja nuorten kehityksen tukemista ja ongelmien ennaltaehkäisyä. Ohjelman mukaan on ensisijaista tukea oikea-aikaisesti lasten ja nuorten terveyttä ja turvallista kehitystä sekä perheiden hyvinvointia. Myös Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelmassa³ vuosille 2007–2011 on esillä lasten ja nuorten mielenterveyden turvaaminen.

Eduskunta myönsi valtion vuoden 2000 talousarviossa lisärahoitusta lasten ja nuorten mielen-terveyspalveluihin terveydenhuollolle ja Kelalle. Erillismäärärahan turvin Kela käynnisti vuonna 2000 harkinnanvaraisena kuntoutuksena lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen. Kela sai toimintaansa varten erillisrahoitusta vuosina 2000–2003, minkä jälkeen lasten ja nuorten psykiatrisen kuntoutuksen hanketta on jatkettu harkinnanvaraisen kuntoutuksen kehittämistoimintaan myönnetyllä rahoituksella. Yhteensä 2 062 lasta ja nuorta osallistui Kelan lasten ja nuorten perhekuntoutukseen vuosina 2000–2006. Vuodesta 2005 alkaen keskityttiin erityisesti alle 16-vuotiaiden perhekuntoutukseen.

Kela etsi perhekuntoutuksen kehittämishankkeeseen palveluntuottajia kohdennetun tarjouspyynnön avulla. Kehittämishankkeen tavoitteiksi asetettiin lapsen ja nuoren toiminta- ja opiskelukyvyyn parantaminen ja turvaaminen. Osatavoitteina nähtiin lapsen sosiaalisen vuorovaikutuksen tukeminen ja perheen tukeminen lapsen kasvatuksessa. Kehittämishankkeella pyrittiin myös tiivistämään yhteistyötä paikallisten tahojen, mm. kuntien perheneuvoloiden sekä sairaanhoitopiirien, kanssa ja luomaan toimivia palveluja eri tahojen kesken.

Perhekuntoutusta voitiin järjestää paikallisesti tai alueellisesti. Kohderyhmänä olivat 5–15-vuotiaat lapset ja nuoret, jotka hoitavan tahon arvion ja suosituksen perusteella tarvitsivat perhekuntoutusta. Vain poikkeustapauksissa kuntoutus voitiin suunnata 16–25-vuotiaille. Lapsilla ja nuorilla täytyi olla lääkärin toteama psykiatrinen sairaus ja

tarpeen mukainen hoitosuhde ennen kuntoutusta. Perhekuntoutus tuli kytkeä kuntoutussuunnitelman osaksi. Hoidon järjestämisvastuu säilyi julkisella terveydenhuollolla. Perhekuntoutus muodostui avo- ja laitosjaksoista sekä tapaamiskerroista. Sisältö oli monimuotoista eli toiminnallista kuntoutusta, terapiota, vertaisryhmiä sekä työskentelyä lapsen läheisverkoston kanssa. Kuntoutus suunnattiin lapselle tai nuorelle, ryhmälle tai perheelle. Kuntoutujan perhe tai muut läheiset kuului ottaa mukaan kuntoutusprosessiin. Kuntoutusprosessi kesti yleensä 1–1,5 vuotta.

Kelan perhekuntoutuksen kehittämishankkeeseen kytkettiin arviointitutkimus vuonna 2005. Arviointi on kaksivaiheinen, ja tämä raportti kuvaa arvioinnin ensimmäistä vaihetta. Arviointi toteutetaan Lapin yliopistossa ja Kuntoutussäätiössä ja sen rahoittaa Kela. Arvioinnin kohteena ovat yksitoista perhekuntoutushanketta eri puolilla Suomea. Niiden toiminta yhtä lukuun ottamatta jatkuu arvioinnin ensimmäisen vaiheen päättyessä. Kela asetti arvioinnin tehtäväksi perhekuntoutushankkeiden toimivuuden ja tuloksellisuuden arvioimisen. Perhekuntoutushankkeita tuli vertailla keskenään ja selvittää tekijöitä, jotka osoittautuivat tärkeiksi kuntoutusprosessissa ja olivat yhteydessä tuloksellisuuteen. Arvioinnin toivottiin antavan näkemyksen palveluista ja toimintamalleista tai niiden osista, jotka soveltuisivat laajempaan toteutukseen.

Raportin tehtävänä on kuvata perhekuntoutukseen ohjautumista, asiakkuuden muodostumista ja kohderyhmää. Lisäksi tarkastellaan perhekuntoutuksen toteuttamista, tavoitteenasettelua ja työskentelyotteita sekä perheen kokemuksia kuntoutuksesta. Perhekuntoutushankkeiden toiminnasta nostetaan esiin hyviä käytäntöjä. Myös hankkeiden verkostoitumista arvioidaan. Perhekuntoutuksen vaikutuksia tarkastellaan eri tasoilla: lapsi ja perhe, perhekuntoutushankkeet sekä toimintaympäristö. Arvioinnin toinen vaihe jatkuu vuoden 2009 loppuun saakka, jolloin saadaan tuloksia nykyistä pidemmältä aikaväliltä. Silloin pyritään tuottamaan myös tietoa, joka edistäisi päätelmien tekoa kehitettäessä perhekuntoutusta sekä yhteistyötä ja työnjakoa Kelan, kuntien, yksityisen ja julkisen terveydenhuollon ja muiden toimijoiden kesken.

Tämä arvioinnin osaraportti rakentuu siten, että luvuissa 2 ja 3 kuvataan lasten ja nuorten mielen-terveysongelmia sekä perhetyötä, jonka yhteyteen myös perhekuntoutus jäsentyy. Luvussa 4 esitetään arvioinnin yksilöity tehtävä, arviointiasetelma ja ai-neistot. Tuloksia käsitellään luvuissa 5–12. Yhteenve-

1 Solantaus 2007a, 47.

2 Sosiaali- ja terveyspolitiikan ... 2006.

3 Lapsi- ja nuorisopolitiikan ... 2007.

to- ja johtopäätösluvussa 13 arvioidaan Kelan lasten ja nuorten perhekuntoutuksen kehittämishanketta kokonaisuutena. Sanapari lapset ja nuoret korvataan monessa yhteydessä luottavuuden keventämiseksi sanalla lapsi, mutta tällöin tarkoitetaan myös nuorta kuntoutujaa.

2 Lasten ja nuorten mielenterveys

2.1 Mielenterveysongelmat

Lasten ja nuorten psyykkinen hyvinvointi ja syrjäytymisen riskit ovat olleet keskeisesti esillä viime vuosina. Syitä lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin on etsitty yksilö- ja perhetasolta, jolloin keskustelu on kääntynyt perheiden kriiseihin, perherakenteiden muutoksiin ja vanhemmuuden katoamiseen. Taloudellisten tekijöiden vaikutusta perheiden hyvinvointiin on myös pohdittu. Yhtä selittävää syytä ei ole löydetty. Raportissa tarkastellaan eri tutkimustulosten perusteella mielenterveysongelmien esiintymistä erikseen lapsilla ja nuorilla. Tarkastelua hankaloittaa se, että aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole aina kerrottu, minkä ikäisistä lapsista tai nuorista on kyse. Itse olemme käyttäneet lasten ja nuorten ikärajana karkeasti 12:tä vuotta, josta voidaan katsoa alkavan nuoruuden varhaisvaiheen⁴.

Lasten mielenterveysongelmat. Epidemiologisia tutkimuksia lasten psyykkisistä häiriöistä löytyy vähän. Yksi siteeratuimmista on Michael Rutterin työtovereineen 1970-luvun puolivälissä Englannissa tekemä selvitys psyykkisten häiriöiden esiintyvyydestä 10–11-vuotiailla lapsilla. Kyselylomakkeisiin sekä lasten ja vanhempien haastatteluun perustuneen tutkimuksen mukaan psyykkisiä häiriöitä oli noin 12 %:lla lapsista Wightin saarella ja 25 %:lla lontoolaislapsista. Suomessa toteutettiin vuosina 1989–1990 seulontalomakkeisiin pohjaava epidemiologinen tutkimus 8–9-vuotiaiden lasten käytös- ja tunnehäiriöistä (nk. Lapset-tutkimus). Sen mukaan lapsista 11,2 %:lla oli vanhempien arviointien perusteella psyykkisiä häiriöitä ja opettajien arviointien perusteella 13,9 %:lla. Lasten itse ilmaisemien oireiden perusteella 6,9 %:lla oli masennusta. Kaiken kaikkiaan 24 %:lla lapsista pääteltiin olevan psykiatrisia oireita joko vanhemman, opettajan tai lapsen oman arvion mukaan.⁵ Tutkijoiden mukaan psyykkistä häiriintyneisyyttä on Suomessa noin

20 %:lla kouluikäisistä lapsista.⁶ Tulosten varmistamiseksi tutkijat toteuttivat puolistrukturoidun haastattelututkimuksen, jonka perusteella lasten psyykkisten häiriöiden osuudeksi väestötasolla arvioitiin 21,8 %, pojilla 29,8 % ja tytöillä 12,8 %.⁷

Lapsilla tavallisimpia psyykkisiä häiriöitä ovat tarkkaavuushäiriöt sekä käytös- ja uhmakkuushäiriöt. Myös traumaperäinen stressihäiriö sekä ahdistus- ja pelkotilat ovat tavallisia lapsilla.⁸ Viime vuosina huomiota on kiinnitetty myös nk. neuropsykiatrisiin oireyhtymiin, joilla tarkoitetaan hyperkineettisiä häiriöitä (esimerkiksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, ADHD), Aspergerin oireyhtymää, Touretten syndromaa sekä pakkotoimintaista pakkoajatuksista häiriötä⁹.

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) on yleisimpiä lasten ja nuorten psykiatrisia sairauksia tai häiriöitä. Keskeiset oireet ovat tarkkaamattomuus, ylivilkkaus ja impulsiivisuus, ja niitä esiintyy yli 10 %:lla lapsista.¹⁰ ADHD:n diagnostiset kriteerit täyttyvät määrittelytavasta riippuen 4–10 %:lla (DSM-IV) tai 1,5–2,5 %:lla (ICH-10) lapsista. Suomalaisessa lastenpsykiatrisessa epidemiologisessa tutkimuksessa ADHD:n esiintyvyydeksi saatiin vuonna 1989 kahdeksanvuotiailla 4 % (DSM-III). Useamman häiriön esiintyminen samanaikaisesti on yleistä ADHD:n yhteydessä. Yli puolella ADHD-diagnoosin saaneista lapsista esiintyy uhmakkuus- tai käytöshäiriöitä ja 15–50 %:lla ahdistuneisuushäiriöitä. Arviot masennuksen samanaikaisuudesta ADHD:n kanssa vaihtelevat 9:stä 23 %:iin. Erityiset oppimisvaikeudet sekä puheen ja kielen kehityksen häiriöt, nykimisoireet (tic-oireet) sekä motoriset ongelmat ovat tavallisempia ADHD-diagnoosin saaneilla kuin muilla lapsilla. Myös sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmia esiintyy jopa 40 %:lla. Lisäksi joillakin lapsilla todetaan laaja-alainen kehityshäiriö, esimerkiksi Aspergerin oireyhtymä.¹¹ Tutkimuksista riippuen on arvioitu, että ADHD on pojilla 3–9 kertaa yleisempää kuin tytöillä¹². Lapset-tutkimuksen mukaan ADHD:n esiintyvyys oli 8–9-vuotiailla pojilla 6 % ja tytöillä 2 % vuonna 1989¹³.

6 Almqvist ym. 1999a, 13–15.

7 Almqvist ym. 1999b, 18–20.

8 Kumpulainen 2004, 133–134.

9 Nieminen-von Wendt 2005, 24.

10 Almqvist 2004a, 240.

11 Lasten ja nuorten aktiivisuuden ... 2007.

12 Voutilainen ym. 2004, 2672.

13 Almqvist 2004a, 241.

4 Bloss 1966.

5 Almqvist ym. 1999a, 8–11, 15.

Aspergerin oireyhtymällä tarkoitetaan lapsuusiässä ilmenevää neurobiologista, periytyvien tekijöiden aiheuttamaa häiriötä. Sen kliinisinä löydöksinä ovat sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeudet, riippuvuus rutiineista ja rituaaleista, erikoiset kiinnostuksen kohteet, pikkutarkka ja muodollinen puhe, eleiden ja ilmeiden puutteellisuus ja motoriikan kömpelyys. Aspergerin oireyhtymän esiintyvyydestä tutkimuksia on tehty vähän. On arvioitu, että sitä potevia lapsia ja aikuisia olisi Suomessa 40 000. Arvio perustuu ruotsalaiseen vuonna 1993 tehtyyn väestöpohjaiseen vertailuun 7–16-vuotialle.¹⁴ Suomessa Aspergerin oireyhtymän esiintymistä on selvitetty Pohjois-Pohjanmaan keskussairaalan alueella, jossa Aspergerin esiintyvyydeksi 8-vuotiaiden keskuudessa arvioitiin 2,7/1 000 lasta.¹⁵ Kansainvälisissä tutkimuksissa on arvioitu Aspergerin oireyhtymän esiintyvyydeksi 0,3–48,4/10 000. Pojilla Aspergerin oireyhtymää on arvioitu esiintyvän 4–6 kertaa enemmän kuin tytöillä. On pidetty mahdollisena, että tyttöjen kohdalla Aspergerin oireyhtymä on alidiagnosoitu.¹⁶

Lasten käytöshäiriöille on ominaista hyökkäävä tai uhmakas käyttäytyminen. Kansainvälisten tutkimusten mukaan käytöshäiriötä esiintyy 10–11-vuotiaista 4–12 %:lla. Lapset-tutkimuksessa käytöshäiriötä arvioitiin esiintyvän 8–9-vuotiaista pojista 4,3 %:lla ja tytöistä 1,0 %:lla. Arviot perustuivat vanhempien haastatteluihin. Käytöshäiriöön liittyy usein muita psyykkisiä häiriöitä, joista tavallisimmat ovat tarkkaavuushäiriö, lukihäiriö ja masennus.¹⁷

Taulukkoon 1 on koottu lapsilla esiintyviä mielen-terveyden häiriöitä. Tiedot perustuvat Kirsti Kumpulaisen (2004) artikkeliin, jossa hän siteeraa sekä suomalaisia että kansainvälisiä tutkimuksia.

Mielenterveyden häiriöiden tarkasteluissa tutkimusten vertailtavuus on vaikeaa. On korostettu, että tulokset ovat sidoksissa kulttuurisiin ja kansallisiin tekijöihin ja riippuvat myös käytetyistä tutkimusmenetelmistä, jotka vaihtelevat eri tutkimuksissa. Häiriöiden luokituksissa on tapahtunut muutoksia, ja eri aikoina on suosittu erilaisia luokituksia, erilais-
ta tiedonkäsittelyä ja tulosten esittämiskäytäntöjä.¹⁸ Usein myös lapsen tai nuoren käyttäytymisessä näkyvät ongelmat voivat olla laajoja ja tuen tarve

voi koskea koko perhettä ja lähiympäristöä¹⁹. Lapsilla on usein voitu diagnosoida monia häiriöitä samanaikaisesti. Tällöin voidaan katsoa olevan kyse vakava-asteisista ongelmista. Vakava-asteista psykopatologiaa ja toimintaongelmia on eri tutkimuksissa havaittu 6–19 %:lla lapsista eri puolilla maailmaa. Jonkinasteisia psyykkisiä ongelmia ja häiriöitä on tutkimusten mukaan lähes joka viidennellä kouluikäisistä lapsista.²⁰

Nuorten mielenterveysongelmat. Nuoruus on monien mielenterveyden häiriöiden tyypillinen alkamisikä. Terhi Aalto-Setälän ja Mauri Marttusen (2007) artikkelin mukaan noin puolet aikuisten mielenterveyden häiriöistä on alkanut ennen 14 vuoden ikää ja kolme neljästä ennen 24 vuoden ikää. Nuoruudessa mielenterveyden häiriöitä esiintyy enemmän kuin lapsuudessa ja enemmän varttuneemmilla kuin varhaisnuorilla. Varhaisnuoruusiässä (12–14-vuotiailla) mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä pojilla kuin tytöillä, mutta varsinaisesta nuoruusiästä (15–17-vuotiaista) lähtien niitä on todettu enemmän tytöillä. Kaupunkilaisnuorilla häiriöitä on todettu esiintyvän enemmän kuin maaseudulla asuvilla ja alemmissa sosiaaliryhmissä enemmän kuin ylemmissä.²¹

Varhaisnuoruudessa yleisimpiä häiriöitä ovat käytös- ja tarkkaavuushäiriöt. Tarkkaavuushäiriöitä esiintyy kuitenkin nuoruudessa vähemmän kuin lapsuudessa, minkä on katsottu johtuvan mm. iän myötä tapahtuvasta ADHD-oireiden muuttumisesta ja lievenemisestä.²² Varsinaisesta nuoruusiästä lähtien varhaiseen aikuisuuteen asti tavallisimpia ovat ahdistuneisuus-, mieliala- ja päihdehäiriöt. Häiriöiden esiintyvyys on vaihdellut eri tutkimusten mukaan 15:n ja 25 %:n välillä. Karkeasti on yleistetty, että noin joka viides nuori kärsii häiriötasoisesta mielenterveyden oireilusta.²³ Nuoruusikäisillä psykiatristen häiriöiden määrittelyä vaikeuttavat vielä kehitykselliset sekä perheeseen ja muuhun ympäristöön liittyvät tekijät. Tyttöjen ja poikien nuoruusiän kehitys on monessa suhteessa erilaista ja lisäksi erot yksilöiden kesken voivat olla hyvinkin suuria.²⁴

Nuoruusiän käytöshäiriöistä osa rajoittuu nuoruuteen, mutta osa niistä on alkanut jo lapsuudessa, ja

14 Nieminen ym. 2000, 967.

15 Mattila ym. 2007, 643.

16 von Wendt ym. 2006, 55

17 Moilanen 2004a, 268–269.

18 Haarasilta ym. 2000, 2635.

19 Pönkkö ym. 2002, 7; Kumpulainen 2004, 132–133.

20 Almqvist ym. 1999a, 7–8, 13.

21 Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 208–209.

22 Rintahaka 2007, 218; Lasten ja nuorten aktiivisuuden ... 2007.

23 Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 209.

24 Haarasilta ym. 2000, 2635.

Taulukko 1. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys lapsuudessa.

Häiriötyyppi	Esiintyvyys (%)	Sukupuolijakauma
Tarkkaavuushäiriö	4,3–9,9	T < P
Käytös- ja uhmakkuushäiriöt	1,5–5,4	T < P
Traumaperäinen stressihäiriö	5–14	T > P
Eroahdistus	3,5–5,4	T = P
Muita ahdistushäiriöitä	2,9	T = P
Koulupelko	1,7–7,6	T > P
Muut pelot	0,4	T > P
Pakkohäiriöt	0,3–0,6	T < P
Vakava masennus	2	T = P
Lievempi masennus	2,5	T = P
Psykoottiset häiriöt	0,0004–0,0005	T < P
Mielenterveyden häiriöt yhteensä	20	T < P

T = tyttö, P = poika.

Lähde: Kumpulainen 2004, 133–134.

niistä vakavimmilla on taipumus jatkua vielä aikuisuudessa. Nuorille käytöshäiriöisille on tyypillistä epäsosiaalinen käyttäytyminen, jolloin nuori rikkoo sosiaalisia normeja ja odotuksia. Tyypillisiä piirteitä ovat myös uhitteleva, aggressiivinen ja väkivaltainen käyttäytyminen, raivokohtaukset, tottelemattomuus ja ilkivalta.²⁵ Kansainvälisten tutkimusten mukaan nuoruusikäisistä pojista 10–13 %:lla ja tytöistä 4–6 %:lla esiintyy käytöshäiriöitä²⁶. Nuorten käytöshäiriöihin liittyy tutkimusten mukaan samanaikaisesti muita mielenterveysongelmia, esimerkiksi tarkkaavuus-, ahdistuneisuus-, mieliala- ja päihdehäiriöitä tai rikoksia, tytöillä myös syömishäiriöitä²⁷.

Ahdistuneisuushäiriöt ovat nuorten yleisimpiä psyykkisiä häiriöitä ja niiden määrän on havaittu kasvavan varsinaisesta nuoruusiästä lähtien. Ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyys nuoruusikäisillä on 1990-luvulla julkaistujen kansainvälisten epidemiologisten tutkimusten mukaan ollut 3–16 %. Niihin on luettu pelko-oireisia häiriöitä ja paniikkihäiriöitä, eroahdistusta ja yleistynyttä ahdistuneisuutta, pakko-oireisia häiriöitä ja traumaperäisiä stressihäiriöitä. Häiriöiden esiintyvyydet ovat vaihdelleet eri tutkimuksissa: esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelko 0,7–11 %, paniikkihäiriö 0,4–1,6 %, eroahdistus 0–2 %, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö 0,5–6 %, pakko-oireinen häiriö 2–3 %.²⁸ Ahdistuneisuushäiriöt ovat myös ikäspesifisiä, jolloin esimerkiksi nuoruudessa pelon kohteet kohdistuvat usein sosiaaliseen ympäristöön ja lapsuudessa konkreettisiin vaaroihin. Ahdistuneisuushäiriöitä

²⁵ Fröjd ym. 2004, 14.

²⁶ Moilanen 2004a, 269.

²⁷ Ebeling ym. 2004, 34, 36–37; Lehto-Salo ja Marttunen 2006, 101; Aalto Setälä ja Marttunen 2007, 211.

²⁸ Ranta ym. 2001, 1225, 1227–1230; Fröjd ym. 2004, 10–11.

esiintyy usein rinnakkain siten, että nuori voi kärsiä samanaikaisesti kahdesta tai useammasta ahdistuneisuushäiriöstä. Ahdistuneisuushäiriön kanssa on samanaikaisesti havaittu esiintyvän masentuneisuutta, tarkkaavuus- ja käytöshäiriöitä sekä päihdeongelmia.²⁹

Masennus muodostaa merkittävän osan nuorten psyykkisistä ongelmista. Sen ydinoireita ovat mielialan lasku, mielenkiinnon menettäminen ja aloitekyvyn heikkeneminen. Nuoren arkielämästä selviytyminen, esimerkiksi koulunkäynti, selvästi vaikeutuu.³⁰ Kansainvälisten epidemiologisten tutkimusten (vuosilta 1976–1999) mukaan tutkimus- hetkellä vakavasta masennuksesta kärsi 0,7–4,7 % nuorista, ja arviot vuotuisesta esiintyvyydestä olivat 3,4–16,8 %. On myös arvioitu, että nuoruusiässä masennukseen sairastuvien määrä olisi lisääntymässä ja että masennus alkaisi yhä nuoremmalla iällä.³¹ Maassamme vuosina 2006–2007 toteutetussa koululaisten terveyskyselytutkimuksessa havaittiin, että peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista 13 %:lla esiintyi keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta. Lukion 1. ja 2. vuosikurssien oppilailla vastaava osuus oli 10 %. Terveyskyselyn mukaan masentuneisuus oli tytöillä yleisempää kuin pojilla. Peruskoulun yläluokkien tytöistä 17 %:lla ja pojista 8 %:lla esiintyi masentuneisuutta. Lukiossa opiskelevilla tytöillä osuus oli 14 % ja pojilla 7 %.³² Samantapaiseen tulokseen, joskin hieman vähäisempään masentuneisuuden esiintyvyyteen, päädyttiin tamperelaisille ja vantaalaisille 9-luokkalaisille tehdyssä tutkimuksessa. Sen mukaan vaikeaa tai keskivaikeaa masentuneisuutta esiintyi 10 %:lla oppilaista. Masennus oli yleisempää peruskoulua käyvillä tytöillä (14 %) kuin samanikäisillä pojilla (6 %).³³

Valtakunnallisen terveysturvattutkimuksen väestörekisteripohjaiseen satunnaisotantaan ja nuorten strukturoituun haastatteluun perustuvassa tutkimuksessa nuorten vakavan masennuksen esiintyvyydeksi arvioitiin edeltäneen 12 kk:n aikana 5,4 % 15–19-vuotiailla ja 9,4 % 20–24-vuotiailla. Tytöillä masennusta esiintyi vähän enemmän kuin pojilla.³⁴ Selvitettäessä helsinkiläisten ja jyväskyläläisten lukiolaisten masennusoireita todettiin

lähes neljänneksellä lukiolaisista jokin mielenterveyden häiriö (masennustila, ahdistuneisuushäiriö, päihdeongelma), joista masennus oli yleisin. Joka kymmenes nuori oli tutkimusta edeltäneen vuoden aikana kärsinyt sellaisesta masennuksesta, johon liittyi toiminnallinen haitta. Tytöillä se oli kaksi kertaa yleisempää kuin pojilla. Viiden vuoden seurantavaihe osoitti, että niillä, joilla lukiovaiheessa ilmeni pitkäaikaisia tai toistuvia masennusoireita, todettiin nuorina aikuisina muita useammin mielenterveyden häiriöitä.³⁵ Huomattava osa (40–80 %) masentuneista nuorista kärsii myös jostakin muusta mielenterveyden häiriöstä, tavallisemmin ahdistuneisuushäiriöstä, tarkkaavuus- ja käytöshäiriöistä tai päihteiden väärinkäytöstä.³⁶

Taulukkoon 2 on koottu nuorilla tavallisemmin esiintyviä mielenterveyden häiriöitä. Taulukko on alun perin Mauri Marttusen ja Päivi Rantasen (2001, 523) artikkelista, jota Terhi Aalto-Setälä ja Marttunen (2007) ovat ajankohtaistaneet. Tutkijat eivät selkeästi tote, missä määrin tiedot perustuvat kansainvälisiin ja missä määrin suomalaisiin tutkimustuloksiin.

Nuoren tilanteen arviointi edellyttää kokonaisvaltaista otetta. Häiriintyneen ja iänmukaisen kehityksen välinen ero voi olla vähäinen. Nuorten psyykkisiä häiriöitä arvioitaessa olisi tärkeää määrittää sekä oireenmukainen psykiatrinen diagnoosi että nuoruusiän kehitysvaihe ja sen mahdolliset häiriöt. On tärkeää myös selvittää nuoren oireilun vaikutusta kehitykseen: onko kehitys pysähtynyt tai vaarassa pysähtyä, vai eteneekö se oireista huolimatta.³⁷

Oppimisvaikeudet. Oppimishäiriöistä yleisempiä ovat vaikeudet lukemisessa, kirjoittamisessa ja matematiikassa. Lukemisen ja kirjoittamisen vaikeudet esiintyvät usein yhtä aikaa, jolloin puhutaan lukihäiriöstä. Lukihäiriöiden ja matemaattisten häiriöiden lisäksi lapsilla ja nuorilla voi esiintyä puheen ja kielen häiriöitä sekä motoristen toimintojen häiriöitä. Koulussa vaadittavien perustaitojen saavuttamisen vaikeuksia on usein arvioitu esiintyvän yli 10 %:lla lapsista. Diagnoisoituja oppimishäiriöitä on vähemmän. Esimerkiksi vakavampien lukiongelmiä määräksi arvioidaan suomalaisissa lapsitutkimuksissa 1–3 %, matematiikan erityisvaikeuksien määräksi noin 3 % ja motoristen häiriöiden määräksi noin 2–3 %. Usein samoilla henkilöillä tavataan monia

29 Ranta ym. 2001, 1230; Ranta 2006, 67; Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 210–211.

30 Karlsson ym. 2005, 2879.

31 Haarasilta ym. 2000, 2636–2637.

32 Luopa ym. 2008, 24–28.

33 Fröjd ym. 2004, 8–9.

34 Haarasilta 2003, 54.

35 Aalto-Setälä 2002, 58–60, 78–79, 96.

36 Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 210; Karlsson ym. 2005, 2879.

37 Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 209, 212–213.

Taulukko 2. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys nuoruusiässä.

Häiriötyyppi	Esiintyvyys (%)	Sukupuolijakauma
Käytöshäiriö	yli 10	N < M
Vakava masennus	5–10	N > M
Sopeutumishäiriöt	5	N = M
Sosiaalisten tilanteiden pelko	1–2	N > M
Pakko-oireinen häiriö	1–2	N = M
Paniikkihäiriö	alle 1	N > M
Päihteiden ongelmakäyttö	5–10	N < M
Laihuushäiriö	yli 1	N > M
Ahmimishäiriö	2–5	N > M
Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt	alle 1	N = M
Psykoosi	alle 2	N = M
Mielenterveyden häiriöt yhteensä	15–25	N = M

N = nainen, M = mies.

Lähteet: Aalto-Setälä ja Marttunen 2007, 210; Karlsson ym. 2005, 2879.

samanaikaisia vaikeuksia: luki- ja tarkkaavuus-ongelmia sekä matematiikan ja hahmottamisen ongelmia.³⁸

Oppimis- ja lukivaikeuksista kärsivien lasten ja nuorten masentuneisuutta on selvitetty monissa tutkimuksissa ja saatu erilaisia tuloksia. Vasta ilmestyi meta-analyysi, jossa oli mukana 15 kansainvälistä tutkimusta vuosilta 1977–2003. Valtaosassa analyysin tutkimuksista todettiin, että oppilaiden itse lomakkeilla arvioimaa masennusta esiintyi enemmän nuorilla, joilla oli oppimisvaikeuksia, kuin nuorilla, joilla oppimisvaikeuksia ei ollut. Oppimisvaikeuksien ja masentuneisuuden yhteys vaihteli eri tutkimuksissa suuresti, minkä arveltiin johtuvan esimerkiksi kohdejoukkojen ikä- ja sukupuolijakauman sekä etnisen taustan tai arviointimenetelmien eroista. Tutkijat huomauttivat lisäksi, että masennuksen kliiniseksi diagnosoimiseksi tarvitaan myös asiantuntijan tekemä kliininen haastattelu.³⁹ Muissakin kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että oppilailta, joilla oli oppimisvaikeuksia, oli suurempi riski sairastua masentuneisuuteen kuin niillä, joilla ei ilmennyt oppimisvaikeuksia.⁴⁰ Suomalaisen tutkimuksen mukaan lukivaikeuksilla

ei ollut suoraa yhteyttä nuorten masentuneisuuteen. Tutkimuksen kohteena oli peruskoulusta toisen asteen koulutukseen siirtynyt koko ikäluokka (N = 585) yhdessä kaupungissa. Lukivaikeuksilla havaittiin kuitenkin yhteys kohonneeseen koulu-uupumisriskiin.⁴¹ Oppimisvaikeuksilla on joidenkin tutkimusten mukaan nähty olevan yhteys myös nuorten kokemaan ahdistuneisuuteen.⁴²

Tutkimukset osoittavat, että lähes viidesosalla kouluikäisistä lapsista esiintyy jonkinasteisia psyykkisiä ongelmia tai häiriöitä⁴³. Nuoruusiässä mielenterveyden häiriöitä katsotaan esiintyvän enemmän kuin lapsuudessa ja varttuneemmilla nuorilla enemmän kuin varhaisnuorilla. On osoitettu, että psyykkiset ongelmat esiintyvät erilaisina lapsilla ja nuorilla sekä nuoruuden eri kehitysvaiheissa. Lapsilla esiintyy tavallisemmin tarkkaavuushäiriöitä, käytös- ja uhmakkuushäiriöitä sekä erilaisia ahdistuneisuus-häiriöitä. Varhaisnuoruudessa (12–14-vuotiaat) yleisimpiä ovat käytös- ja tarkkaavuusongelmat, mutta varsinaisesta nuoruusiästä (15–17-vuotiaat) lähtien varhaiseen aikuisuuteen asti nuorten tavallisimpia ongelmia ovat ahdistuneisuus-, mieliala- ja

38 Voutilainen 2000, 14; Lyytinen 2004, 249–257.

39 Maag ja Reid 2006, 5–8.

40 Wright-Stawderman ja Watson 1992, 258; McNamara ym. 2005, 236–240.

41 Holopainen ja Savolainen 2006, 467–468.

42 Huntington ja Bender 1993, 161.

43 Almqvist ym. 1999a; Kumpulainen 2004.

päihdehäiriöt.⁴⁴ Koulussa vaadittavien perustaitojen saavuttamisessa on arvioitu yli 10 %:lla lapsista esiintyvän vaikeuksia. Vaikeudet ilmenevät yleisimmin lukemisessa, kirjoittamisessa ja matematiikassa.⁴⁵ Oppimisvaikeuksien yhteydestä masentuneisuuteen löytyy ristiriitaisia tuloksia.

Poikien ja tyttöjen välillä on huomattavia eroja psyykkisten ongelmien esiintymisessä. Pojilla on lapsuudessa havaittu esiintyvän enemmän yleistä häiriintyneisyyttä, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöitä, Aspergerin oireyhtymää ja monioireisuutta kuin tytöillä. Tytöillä esiintyy enemmän tunnehäiriöitä, pelkoja ja paniikkia kuin pojilla. Masennusta on lapsuusvaiheessa tutkimusten mukaan tytöillä ja pojilla yhtä paljon. Vielä varhaisnuoruudessa mielenterveysongelmat ovat pojilla yleisempiä kuin tytöillä, mutta varsinaisesta nuoruudesta lähtien ongelmia on todettu esiintyvän enemmän tytöillä. Tyttöjen ongelmia ovat varsinaisen nuoruuden vaiheessa masennus, pelot ja syömishäiriöt. Pojilla on tuossa vaiheessa tavattu päihdeongelmia ja käytöshäiriöitä enemmän kuin tytöillä. Tyypillistä lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöille on monen häiriön esiintyminen yhtä aikaa.⁴⁶ Tutkimustulosten tulkintaa ja vertailtavuutta vaikeuttavat erilaiset tutkimusasetelmat ja ajanjaksot.

2.2 Ovatko mielenterveysongelmat lisääntyneet vai vähentyneet?

Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden esiintymisestä löytyy erilaisia tutkimustuloksia. Esimerkiksi Suomea koskevia tietoja on riittämättömästi ja ongelmien mahdollisesta vaikeutumisesta ei ole saatavissa riittävästi tietoa.⁴⁷ Joissakin tutkimuksista todetaan, että lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden määrissä ei ole tapahtunut muutoksia⁴⁸. Löytyy myös tutkimuksia, joiden mukaan mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet⁴⁹. Osassa tutkimuksista on havaittu, että häiriöiden määrä on jollakin aikavälillä lisääntynyt, mutta toisella aikavälillä taas vähentynyt⁵⁰.

Tutkimuksia, joiden mukaan mielenterveysongelmat eivät ole lisääntyneet. Turun yliopistollisen sairaalan alueella selvitettiin 16 vuoden aikana, tapahtuiko lasten psyykkisissä oireissa muutosta vuosien 1989, 1999 ja 2005 välillä. Vuosina 1999 ja 2005 alueelta valittiin vuoden 1989 Lapset-tutkimuksen aineistoa vastaavat otokset vuosina 1991 ja 1997 syntyneistä. Oros oli noin tuhat 8–9-vuotiaista lasta. Tutkimuksissa käytettiin samaa metodologiaa kuin Lapset-tutkimuksessa, eli vanhemmat, opettajat ja lapset toimivat arvioitsijoina kussakin vaiheessa. Tulokset osoittivat, että lasten psyykkisten kokonaisuoreiden keskiarvoissa ei havaittu merkittäviä muutoksia vuosien 1989 ja 2005 aineistoissa. Myöskään erillisten oirekokonaisuuksien (emotio-naaliset oireet, käytöshäiriö- ja aktiivisuuden- ja tarkkaavuudenhäiriöoireet) keskiarvoissa ei ollut eroja aineistojen välillä lukuun ottamatta poikien käytöshäiriöoireita. Vanhempien arvion mukaan pojilla esiintyi vähemmän käytöshäiriöitä vuonna 1999 kuin 1989, mutta tulos ei ollut samansuuntainen tarkasteltaessa vuosia 1999 ja 2005. Opettajien arvion mukaan poikien käytöshäiriöiden määrä pysyi samana kaikkina tarkasteluajanjaksoina. Lisäystä vuodesta 1989 vuoteen 2005 havaittiin ainoastaan tyttöjen itsensä arvioimissa masennusoireissa. Tyttöjen masennusoireet olivat yhteydessä vanhempien alhaiseen koulutustasoon, perheen rikkoutumiseen ja kielteisiin elämäntapahtumiin. Poikien oireet olivat yhteydessä vain äidin koulutustasoon.⁵¹

Lapset-tutkimuksen osana Kuopion yliopistollisen sairaalan alueella seurattiin samojen lasten psyykkisten oireiden kehittymistä seitsemän vuoden ajan. Lapset olivat 8,5-vuotiaita, kun ensimmäiset kyselyt tehtiin vuonna 1989. Seuraava kysely tehtiin vuonna 1993 lasten ollessa 12,5-vuotiaita ja kolmas kysely vuonna 1996, kun lapset olivat 15,5-vuotiaita. Tulosten mukaan oli todennäköistä, että lapsilla, joilla todettiin häiriöitä alakouluvaiheessa, esiintyi niitä samassa määrin myös 15-vuotiaina. Vanhempien arviot ennustivat parhaiten lasten tilannetta. Huomionarvoista on, että jo lastenneuvolassa havaitut käytös- ja tunnehäiriöt ennustivat lasten tilannetta 15-vuotiaina.⁵²

E. Jane Costello ym.⁵³ tekivät meta-analyysin tutkimuksista, joiden aineistoina olivat vuosina 1965–1996 syntyneet, alle 18-vuotiaat masentuneet lapset ja nuoret. Mukaan otettiin tutkimukset, joissa

44 Almqvist ym. 1999a; Haarasilta ym. 2000; Ranta ym. 2001; Aalto-Setälä ja Marttunen 2007.

45 Lyytinen 2004.

46 Aalto-Setälä 2002; Kumpulainen 2004; Aalto-Setälä ja Marttunen 2007.

47 Tuori ym. 2006, 30–31; Santalahti ja Sourander 2008, 1499.

48 Verhulst ym. 1997; Kumpulainen ym. 2000; Sourander ym. 2008.

49 Pönkkö ym. 2002; Collishaw ym. 2004.

50 Rutter ja Smith 1995; Collishaw ym. 2004; Achenbach ym. 2003; Luopa ym. 2008.

51 Santalahti ja Sourander 2008, 1502–1503; Sourander ym. 2008, 317–327.

52 Kumpulainen ym. 2000, 6–10.

53 Costello ym. 2006, 1263–1268.

lasten ja nuorten masennus oli diagnosoitu strukturoidussa haastattelussa. Kriteerit täyttäviä tutkimuksia löytyi vuosien 1973 ja 2001 väliltä 26, joista neljä oli suomalaista. Aineistoissa oli enemmän nuoria kuin lapsia. Analyysinsä perusteella Costello ym. päätyivät siihen, ettei 30 vuoden aikana ollut havaittavissa lasten ja nuorten masentuneisuuden lisääntymistä. Myöskään Hollannissa tehdyn tutkimuksen⁵⁴ mukaan 4–16-vuotiaiden lasten ja nuorten käytös- ja tunnehäiriöissä ei tapahtunut muutoksia vuodesta 1983 vuoteen 1993. Tässä tutkimuksessa lapsia arvioivat vanhemmat ja opettajat.

Tutkimuksia, joiden mukaan mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet. Oulun läänin kouluissa tutkittiin oppilaiden käytös- ja tunnehäiriöiden esiintymistä vuosina 1998 ja 2000. Opettajien arvioiden mukaan käytös- ja tunnehäiriöiden määrä lisääntyi vuodesta 1998 vuoteen 2000 ja häiriöt muuttuivat aikaisempaa vaikeampiasteisiksi niin peruskouluissa, lukioissa kuin erityisoppilaitoksissakin. Missään koulussa häiriöiden määrä ei vähentynyt, mutta joissakin kouluissa tilanne pysyi samana. Syiksi ongelmien lisääntymiseen tutkijat arvelivat mm. samaan aikaan tapahtuneita sosiaalisia muutoksia, työttömyyttä, taloudellisia vaikeuksia, maahanmuuttajien määrän kasvua sekä yksinhuoltajaperheiden ja uusperheiden kohtamia vaikeuksia.⁵⁵ Myös Englannissa toteutetussa 15–16-vuotiaille suunnatussa tutkimuksessa todettiin käytöshäiriöiden lisääntymistä⁵⁶. Sen mukaan tyttöjen ja poikien käytöshäiriöt lisääntyivät tasaisesti vuosina 1974–1999 riippumatta vanhempien sosiaaliryhmästä tai perhetyyppistä.

Tutkimuksia, joiden mukaan mielenterveysongelmissa esiintyy vaihtelua aikaseurannassa. Maasamme vuosittain toteutettava kouluterveyskysely peruskoulun 8.- ja 9.-luokkalaisille ja lukion 1. ja 2. vuosikurssin oppilaille tuottaa tietoa mm. nuorten masentuneisuudesta. Kyselyn mukaan peruskoulun yläluokkalaisten keskivaikean tai vaikean masentuneisuuden määrä ei ole merkittävästi muuttunut lukuvuosien 2004/2005–2006/2007 aikana. Lukuvuodesta 1998/1999 lukuvuoteen 2006/2007 masentuneisuudessa on kuitenkin tapahtunut kielteistä kehitystä. Masentuneisuus lisääntyi 2000-luvun vaihteessa. Sen jälkeen tapahtui pieni tilapäinen käänne parempaan, minkä jälkeen oireet alkoivat taas yleistyä. Tyttöillä masentuneisuutta ja myös

sen vaihtelua eri vuosina on esiintynyt enemmän kuin pojilla. Peruskoulun yläluokilla masennusta potevien tyttöjen määrä on vaihdellut 14 %:sta 18 %:iin, poikien 7 %:sta 8 %:iin. Lukiolaisten tilannetta on seurattu vuosista 2000/2002 lähtien ja tyttöjen masentuneisuus on yleistynyt kuuden vuoden aikana 12 %:sta 14 %:iin. Lukiolaispoikien masentuneisuudessa ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia: 7 %:lla heistä esiintyi masennusta kaikkina tarkasteluvuosina.⁵⁷

Amerikkalaisten 7–16-vuotiaiden lasten ja nuorten käyttäytymis- ja tunneongelmat lisääntyivät vanhempien arvioinnin mukaan vuodesta 1976 vuoteen 1989 mutta laskivat sen jälkeen vuonna 1999 jäaden tuolloin kuitenkin korkeammalle tasolle kuin vuonna 1976.⁵⁸ Englannissa tutkittiin, olivatko 15–16-vuotiaiden nuorten käytös-, yliaktiivisuus- ja tunnehäiriöt yleistyneet 25 vuoden aikana. Aineistot saatiin kolmesta yleisestä väestöotoksesta ja vanhemmat toimivat nuorten oireiden arvioitsijoina. Tulokset osoittivat nuorten käytöshäiriöiden lisääntyneen. Yliaktiivisuushäiriöissä tyttöjen kohdalla ei tapahtunut muutoksia, mutta poikien kohdalla ne ensin vähenivät vuosina 1974–1986 ja sitten lisääntyivät vuosina 1986–1999. Tunnehäiriöiden määrä pysyi pojilla ja tytöillä samana vuosina 1974–1986, mutta määrä kasvoi vuosina 1986–1999. Pojilla häiriöitä esiintyi kaikilla ajanjaksoilla enemmän kuin tytöillä. Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan käytöshäiriöitä ja yliaktiivisuutta esiintyi usein samanaikaisesti, ja jossain määrin sama päti myös käytös- ja tunnehäiriöön sekä tunnehäiriöön ja yliaktiivisuuteen.⁵⁹

2.3 Mielenterveyspalvelut

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja tuottavat useat eri tahot; kuntien sosiaali- ja terveystoimi ja eri järjestöt. Myös Kela järjestää palveluja. Järjestöjen merkitys palvelujen tuottajina on viime vuosina kasvanut julkisen palvelujärjestelmän rinnalla⁶⁰. Kela on perinteisesti järjestänyt mm. psykoterapiaa harkinnanvaraisena kuntoutuksena 16 vuotta täytäneille nuorille.

Vaikka lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja järjestäviä tahoja on useita, palvelujen järjestämis-

⁵⁴ Verhulst ym. 1997.

⁵⁵ Pönnkö ym. 2002, 6–15.

⁵⁶ Collishaw ym. 2004.

⁵⁷ Luopa ym. 2008, 24–28.

⁵⁸ Achenbach ym. 2003, 5–7.

⁵⁹ Collishaw ym. 2004, 1351–1360.

⁶⁰ Tamminen 2004, 396–397.

vastuu kuuluu kunnille. Kunta voi järjestää palvelut joko kansanterveystyönä tai sosiaalihuollon mukaisina sosiaalipalveluina.⁶¹ Perusterveydenhuolto tarjoaa lasten mielenterveyspalveluja terveyskeskuksissa (lastenneuvola- ja muu vastaanotto toiminta) ja kouluissa (kouluterveydenhuolto). Sosiaalihuoltolain mukaisia lasten ja nuorten mielenterveyskuntoutusta tarjoavia sosiaalipalveluja ovat mm. sosiaalityö, kasvatusta ja perheneuvontaa, kotipalvelut, laitoshuolto ja perhehoito. Joissakin kunnissa perheneuvolapalvelut ovat perusterveydenhuollon osa.⁶²

Lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon kohdennettuja resursseja on yleensä vain erikoissairaanhoidossa, joiden palvelujen tuottajina ovat pääosin sairaanhoitopiirit.⁶³ Keskussairaaloiden yhteydessä toimivat lasten- ja nuortenpsykiatrian poliklinikat ja osastot, joiden virkarakenne ja virkojen määrä vaihtelevat suuresti.⁶⁴ Tavanomaisen poliklinisen hoidon tehostajiksi on viime vuosina perustettu poliklinikoiden yhteyteen lasten- ja nuorisopsykiatrisia kriisiryhmiä, jotka hoitavat akuuttihoitoa tarvitsevia lapsia ja heidän perheitään.⁶⁵ Joissakin sairaanhoitopiireissä nuorille on erillisiä kuntoutusyksiköitä ja yksityisiä kuntoutuskoteja.⁶⁶

Kunnat järjestävät lasten ja nuorten perhehoitoa ja laitoshuoltoa omana toimintanaan, mutta yksityisen sektorin osuus mielenterveyspalvelujen tuottamisessa kasvoi 1990-luvulla huomattavasti.⁶⁷ Perhekodit toimivat järjestöjen alaisina, kunnallisina tai yritysmuotoisina. Osa perhekodeista on toiminnaltaan hyvin perheenomaisia, osa on kooltaan ja toimintatavoiltaan laitospomaisia. Viime vuosina eräät perhekodit ovat erikoistuneet vaikeasti traumatisoituneiden ja psyykkisesti oireilevien lasten hoitoon.⁶⁸ Eri tahot ylläpitävät muita lastensuojelun toimintayksiköitä (esim. lastenkodit, nuorisokodit). Koulukodit ovat valtion ylläpitämiä⁶⁹ tai yksityisiä laitoksia. Koulukoti voi koostua myös useasta per-

hekodista, jolloin lapset asuvat koulukodin kanssa työsuhteessa olevissa perheissä.⁷⁰

Taulukkoon 3 on koottu lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen perustason ja erikoissairaanhoidon toimijatahoja.

Lasten ja nuorten lähiyhteisöjen eli päivähoiton ja koulujen ammattilaiset ovat keskeisessä asemassa niin mielenterveyden häiriöiden varhaisessa havaitsemisessa kuin varhaisen puuttumisen käynnistymisessäkin. Esimerkiksi Turun yliopistollisen keskussairaalan alueella tehdyn, 8–9-vuotiaita koskevan seurantatutkimuksen mukaan vanhemmat kertoivat kääntävänsä mieluummin lapsen arkiympäristön eli opettajien, kouluterveydenhoitajan tai -psykologin puoleen kuin hakevansa lastenpsykiatrian klinikkojen palveluja.⁷¹

On tärkeää kehittää varhaista ongelmien tunnistamista niin, että ongelmiin tartuttaisiin heti, kun ongelmat ovat nähtävissä esimerkiksi varhaislapsuudessa. Varhaisen vuorovaikutuksen mallit näkyvät sekä lapsen sosiaalisessa kehityksessä että monissa ns. säätelyhäiriöissä, jotka päivähoitoikäisillä ilmenevät mm. vaikeutena sopeutua ryhmään.⁷² Päivähoitossa on omia erityisryhmiä ja kiertävät erityislastentarhanopettajat vastaavat kuntouttavista palveluista, mm. erilaisista tuetuista leikkiryhmistä, joilla on selkeät kuntoutukselliset tavoitteet. Kouluissa annetaan erityisopetusta ja erityisluokat ovat yksi kuntouttava palvelumuoto esimerkiksi käytöshäiriöisille lapsille. Myöhäisnuoruusiässä olevien tilanne eroaa lasten tilanteesta siten, että heillä ei useinkaan ole samalla tavalla tukena selkeää arjen lähiyhteisöä kuin lapsilla ja kouluikäisillä.⁷³ Nuorten hoitoon ohjautuminen voi helposti viivästyä.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden järjestämisessä nähdään haasteellisina järjestelmän rakenteen selkeyttäminen, palvelujen riittävydestä huolehtiminen ja alueellisten erojen tasoittaminen.⁷⁴ Esimerkiksi Kari Pylkkänen (2003) pitää tärkeänä, että perustason palvelut vastaisivat lapsen ja nuoren ensikontaktista ja seulonnasta sekä turvaisivat hoidon saatavuuden ja tarvittaessa huolehtisivat jatkoseurannasta. Erikoissairaanhoidon tulisi hänen mukaansa vastata diagnostiikan ohella avohoi-

61 Taipale 1998, 394–399; Piha ym. 2000, 7; Pylkkänen 2003, 47; Piha 2004c, 378–379.

62 Piha 2004c, 378–379 ja d, 441; Puura 2004, 381.

63 Pylkkänen 2003, 47.

64 Taipale 1998, 399; Friis ym. 2006, 87.

65 Friis ym. 2006, 87.

66 Pylkkänen 2003, 63, 73–74.

67 Piha 2004d, 385.

68 Moilanen ja Kaivosoja 2004, 395.

69 Taipale 1998, 395.

70 Moilanen ja Kaivosoja 2004, 395.

71 Sourander ym. 2004, 1139–1144.

72 Sinkkonen ja Kalland 2001.

73 Piha 2004c, 379–380.

74 Taipale 1998, 400–401.

Taulukko 3. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut^a.

Perustaso	Lasten ja nuorten erikoissairaanhoido
Päivähoito (esim. erityisryhmät, kiertävät erityislastentarhanopettajat)	
Koulu (koululääkäri, koulupsykologi, koulukuraattori, kouluterveydenhoitaja)	
Erityisopetus, erityisluokat	
Terveyskeskus <ul style="list-style-type: none"> – lastenneuvola koululääkäri/terveyskeskuslääkäri – terveyskeskuspsykologi – puheterapeutti, toimintaterapeutti 	Avohoidon poliklinikat Osastot (laitohoito) Kuntoutus
Sosiaalitoimi <ul style="list-style-type: none"> – lastensuojelu (avopalvelut, perhehoito, perhekodit, laitohoito, esim. lastenkoti, erityislastenkoti, nuorisokoti) – kasvatus- ja perheneuvolat – sosiaalitoimen ostama hoito yksityisissä kuntoutuskodeissa – sosiaaliturva 	Sairaanhoitopiirien ostama hoito yksityisissä kuntoutuskodeissa
Ammatinvalinnanohjaus	Keskitetty erikoissairaanhoido (yliopistosairaalat)

^a Ks. Pylkkänen 2003, 46; Moilanen ja Kaivosoja 2004, 394–395; Piha 2004c, 378; Piha 2004d, 383–385.

to- ja osastojaksojen toteuttamisesta. Nykyisin eri toimipisteissä voidaan tehdä päällekkäisiä asioita ja työnjako ontuu.⁷⁵ Palvelujen riittävyyden parantamiseksi on valtakunnallisessa Nuotta-projektissa (Nuorisopsykiatrian hoitotakuun auditointi) suositeltu myös ”välimaaston” palvelujen kehittämistä. Välimaastolla tarkoitetaan terveyskeskuksen, muiden perustason toimijoiden ja sairaanhoitopiirin yhteistyötä, eli potilaan ohjautumista perustasolta (koulu, terveyskeskus, sosiaalitoimi) erikoissairaanhoidon. Välimaaston palvelujen kehittämisen nähdään turvaavan joustavan hoitoon pääsyn ja tarjoavan erityisosaamista perustasolla. Tämä edellyttää kuitenkin selkeää työnjakoa, etteivät perustaso ja välimaaston palvelut tee samoja asioita kuin erikoissairaanhoido.⁷⁶

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen erilaisia hoitoketju- ja hoitopolkumalleja on kritisoitu. Jorma Pihan (2004) mukaan ajatus (potilaan tai asiakkaan hoitoketjumalli) ei sovi lasten- ja nuorisopsykiatriaan, koska lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden hoito ja kuntoutus rakentuvat tavallisesti usean eri toimintayksikön yhteiseen ja samanaikaiseen työskentelyyn lapsen ja perheen hyväksi. Kyse on monialaisen hoitoverkon toiminnasta.⁷⁷ Myös Salla Sipari (2008) kirjoittaa toiminnallisen verkoston merkityksestä erityistä tukea tarvitsevalle lapselle.⁷⁸ Toisinaan järjestelmät voivat myös tuottaa hoitoa haittaavia ongelmia tai katkoksia. Psykiatrasta hoitoa tarvitsevat lapset ja nuoret on voitu luokitella eri toimialojen asiakkaiksi, mikä on merkinnyt hoitopaikan vaihdosta 13-vuotiaana, vaikka hoidon tarve ei olisikaan muuttunut.

⁷⁵ Pylkkänen 2003, 46.

⁷⁶ Pylkkänen 2003, 51–53.

⁷⁷ Piha 2004c, 379.

⁷⁸ Sipari 2008, 106–107.

Vuonna 2001 lasten- ja nuorisopsykiatrisen hoidon hoitotakuu. Sen mukaan erikoissairaanhoidon tutkimuksiin tulee päästä kolmen viikon kuluessa lähteen saapumisesta ja hoitoon kolmessa kuukaudessa⁷⁹. Nuorisopsykiatriseen hoitoon pääsyssä on suuria eroja eri sairaanhoitopiireissä. Eri sairaanhoitopiireissä nuoreksi määritellyn yläikäraja vaihtelee aina 17 vuodesta 23 vuoteen. Asian korjaamiseksi sosiaali- ja terveysministeriön tarkoituksena on säätää yhtenäiset ikärajat nuorisopsykiatriseen hoitoon pääsulle.⁸⁰ Hoitotakuun haasteena pidetään myös perustason ja erityistason toimijoiden yhteistyötä lasten ja nuorten mielenterveysongelmien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. On tärkeää, että eri alojen ammattilaisilla on riittävästi tietoa lapsen ja nuoren normaalista kehityksestä ja psyykkisistä sairauksista.

Ritva Erkolahden ym. (2000) mukaan lasten- ja nuorisopsykiatrisen tieto ja taito tulisi integroida yhteiskunnan muihin tukimuotoihin, kuten sosiaalihuoltoon, kouluterveydenhuoltoon sekä äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan⁸¹. Yhtä tärkeää on kuitenkin myös se, miten lapsen ja nuoren hoitoon liitetään mukaan koti ja lähipiiri (päivähoito, koulu) ja miten yhteiseen tavoitteeseen pääsemisessä yhdistetään lapsen ja nuoren kokemus, lähiaikaisten asiantuntemus ja ammattilaisten tieto⁸². Ongelmiin puuttuminen oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa säästää taloudellisia resursseja. Palvelujen toimivuuden edellytys on myös se, että työntekijöille annetaan työn toteuttamiseen tarvittavat työvälineet. Tämä tarkoittaa mm. riittävää määrää työn suorittajia, aikaa ja asianmukaista koulutusta.⁸³

2.4 Mielenterveyspalvelujen käyttö ja psyykkisen tuen tarve

Vaikka lasten ja nuorten psyykkiset häiriöt eivät ole juurikaan lisääntyneet pitkän ajanjakson seurannassa, tukitarpeita lapsilla ja nuorilla sekä heidän perheillään esiintyy. Tuen tarve näkyy myös lasten ja nuorten lisääntyneessä lastensuojelupalvelujen tarpeessa, erityisopetusta tarvitsevien lasten ja nuorten määrässä sekä psykiatristen laitos- ja avohoidon palveluiden käytössä. Ainoastaan kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakasmäärät ja -käynnit eivät ole aivan viime vuosina lisääntyneet.

Lastensuojelu. Lastensuojeluasiakkaiden määrä on kaksinkertaistunut vuodesta 1996 vuoteen 2007. Lastensuojelun avohuollon asiakkaita vuonna 2007 oli 62 485. Näistä uusien asiakkaiden osuus oli 31 %. Alle 18-vuotiaita avohuollon asiakkaista oli 57 622 ja 18–20-vuotiaita 4 863. Kokonaismäärä oli 5,8 % suurempi kuin vuonna 2006. Vuonna 2007 oli kodin ulkopuolelle sijoitettuna 16 059 lasta ja nuorta. Sijoitettujen määrä on kasvanut viime vuosina 2–5 prosentin vuosivauhtia. Vuonna 2007 kasvua oli 1,8 %. Alle 18-vuotiaista lapsista oli 1,2 % sijoitettuna kodin ulkopuolelle vuonna 2007. Kaupungeissa vastaava osuus oli 1,5 %, taajamissa 0,8 % ja maaseudulla 0,7 %.⁸⁴

Erityisopetus. Peruskoululaisista 8 % eli 46 100 oppilasta sai erityisopetusta syksyllä 2007. Erityisopetuksessa olevien määrä on kasvanut ainakin vuodesta 1995 lähtien. Vaikka peruskoululaisten määrä väheni, erityisopetuksessa olevien peruskoululaisten määrä kasvoi 1 400:lla vuodesta 2006 vuoteen 2007. Eniten lisääntyi niiden määrä, joilla oli kielen kehityksen häiriöistä johtuvia oppimisvaikeuksia. Myös osa-aikaiseen erityisopetukseen osallistuneiden peruskoulun oppilaiden määrä nousi hieman edellisvuodesta. Erityisopetukseen siirretyistä peruskoulun oppilaista noin puolet oli integroitu kokonaan tai osittain yleisopetuksen ryhmiin ja puolet sai opetusta peruskoulujen erityisryhmissä ja erityiskouluissa syksyllä 2007. Ammatillisen koulutuksen opiskelijoista löytyy tietoa vuodelta 2006, jolloin 6 % heistä oli erityisopetuksen piirissä. Erityisopetuksen järjestämisessä on alueellisia eroja.⁸⁵

Kasvatus- ja perheneuvolat. Kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakkaiden ja asiakaskäyntien määriä selvitettiin vuosina 1991, 1997, 2002 ja 2007. Selvitykset osoittivat, että vuonna 2007 neuvoloissa käyneiden perheiden määrä oli noin 32 000, asiakkaiden määrä noin 76 000 ja käyntien yhteismäärä noin 380 000. Vertailu vuoden 2002 tilanteeseen osoittaa, että perheiden, asiakkaiden ja käyntien määrä oli vuoteen 2007 mennessä vähentynyt muutamalla prosentilla. 1990-luvulla tapahtunut kasvu asiakas- ja käyntimäärissä ei enää jatkunut 2000-luvulla. Tilanteiden vertailussa tulee kuitenkin ottaa huomioon, että asiakasmäärän kehitykseen vaikuttaa osaltaan myös lasten ja nuorten määrässä tapahtuneet muutokset ajanjaksolla. Suhteessa alle 18-vuotiaaseen väestöön ja lapsiperheiden määrään perheneuvoloissa kävi vuonna 2007 suunnilleen saman verran asiakkaita ja perheitä kuin vuonna

79 Pylkkänen 2003, 37–38; Piha 2004a, 389–390.

80 Kauppinen ja Saarinen 2008.

81 Erkolahti ym. 2000, 4864.

82 Solantaus 2007b.

83 Vanhanen 2007, 2198.

84 Stakes 2008c, 1, 5.

85 Opetusministeriö 2008.

2002. Neuvoloiden asiakkaista 58 % oli aikuisia ja 42 % lapsia, ja suhde on pysynyt samana kymmenen vuotta.⁸⁶

Psykiatrinen avohoito. Erikoissairaanhoidon lasten- ja nuorisopsykiatrian avohoidon käynnit lisääntyivät vuosina 1994–2006. Nuorisopsykiatrian (13–15-vuotiaat) käynnit lähes kolminkertaistuivat ja lastenpsykiatrian (0–12-vuotiaat) käynnit kaksinkertaistuivat tarkasteluajanjaksolla. Lastenpsykiatrian käyntejä oli vuonna 1994 keskimäärin 65 tuhatta 0–12-vuotiaasta asukasta kohti, kun vastaava luku vuonna 2006 oli yli kaksinkertainen, eli 155 tuhatta asukasta kohti. Nuorisopsykiatrian 13–17-vuotiaaseen väestöön suhteutettuja käyntejä oli vuonna 1994 154 tuhatta asukasta kohti ja vuonna 2006 jo 411 tuhatta asukasta kohti. Huomattavinta mielen-terveyskäyntien lisääntyminen on ollut kuitenkin perusterveydenhuollossa järjestetyssä mielenterveyshuollossa. Vuonna 1994 perusterveydenhuoltoon tilastoituja mielenterveyskäyntejä oli ilmoitettu noin 100 000 ja vuonna 2006 jo noin 650 000. Valitettavasti näitä tietoja ei saada ikäryhmittäin.⁸⁷

Psykiatrinen laitoshoido. Psykiatrisessa sairaalassa hoidettujen lasten ja nuorten määrä kasvoi 2,5-kertaiseksi vuosina 1995–2006. Vuonna 1995 psykiatrisessa sairaalassa hoidettuja lapsia ja nuoria oli 1 313 ja vuonna 2006 jo 3 200. Vuodesta 1995 vuoteen 2006 eniten kasvoi 13–17-vuotiaiden sairaalahoitoa saaneiden nuorten määrä, mutta määrä oli vuonna 2006 kuitenkin 2 % vähemmän kuin vuonna 2005. Sairaalahoidossa olleiden 0–12-vuotiaiden lasten määrä nousi 3 % vuodesta 2005 vuoteen 2006.⁸⁸ Laitoshoido lisääntyi erityisesti tytöillä. Tyttöjen ja poikien eron arveltiin johtuvan ongelmien erilaisesta luonteesta ja siitä, että pojat edelleen ohjautuvat tyttöjä useammin lastensuojelun piiriin. Samalla kun hoidettavien lukumäärä lisääntyi, lyhenivät hoitojaksot. Toinen seikka, johon huomio kiinnittyy, on sairaalapalvelujen käytön suuret alueelliset erot, joiden arveltiin johtuvan palvelujen epätasaisesta jakaantumisesta ja/tai erilaisista painotuksista hoidon kehittämisessä. Tutkijat arvelivat sairaalahoidon kasvun liittyvän moniin tekijöihin, kuten alaikäisten pahoinvoinnin lisääntymiseen, ongelmien vaikeutumiseen, avohoidon riittämättömyyteen ja/tai osastopalvelujen saatavuuden lisääntymiseen.⁸⁹

Tuen tarve. Perheiden tukitarpeita ovat arvioineet mm. lastenneuvoloiden terveydenhoitajat. Heidän mukaansa noin kolmasosalla perheistä oli suuri tuen tarve 2000-luvun alussa. Yli puolella perheistä oli vaikeuksia selviytyä vanhemmuudesta ja noin kolmanneksella vaikeuksia lasten kasvatuksessa. Viidennes perheistä koki ongelmia lasten kehitykseen, kasvuun ja terveyteen liittyvissä asioissa.⁹⁰ Lapset-tutkimuksen mukaan 9 % lapsista arvioitiin olevan kiireisen psykiatrisen avun tarpeessa ja lisäksi 25 % psykiatrisen arvioinnin tarpeessa vuosina 1998–1999. Lapsista 7,5 %:lla oli vakavia psykiatrisia häiriöitä, jotka olivat kestäneet kauemmin kuin kolme vuotta. Kuitenkin vain 3,1 % lapsista oli käyttänyt psykiatrisia palveluja kolmen haastattelua edeltäneen kuukauden aikana, ja vain harvojen sellaisten lasten tapauksessa, joilla oli psykiatrisia häiriöitä, oli konsultoitu ammattilaisia.⁹¹

Turussa tehdyn, 16 vuotta kattaneen aika-trendi-tutkimuksen mukaan lasten mielenterveyspalveluiden tarve ja käyttö lisääntyivät merkittävästi sekä pojilla että tytöillä, kun verrataan vuosien 1989, 1999 ja 2005 tilanteita keskenään. Pojista 4 % oli käyttänyt palveluita vuonna 1989, 7 % vuonna 1999 ja 12 % vuonna 2005. Tytöistä vastaavasti 1 % oli käyttänyt palveluita vuonna 1989, 4 % vuonna 1999 ja 4 % myös vuonna 2005. Opettajien tai vanhempien arvioiden mukaan tarvetta mielenterveyspalvelujen käytölle olisi ollut 13 %:lla pojista vuonna 1989, 16 %:lla vuonna 1999 ja 23 %:lla vuonna 2005. Tytöillä tarve arvioitiin 5 %:ksi vuonna 1989, 10 %:ksi vuonna 1999 ja 12 %:ksi vuonna 2005.⁹²

Vaikka lasten ja nuorten avohoidon palveluiden käyttö onkin lisääntynyt, on arvioitu, että sellaisista nuorista, joilla on jokin mielenterveyden häiriö, enintään puolella olisi jokin hoitokontakti⁹³. Lapsuudessa ja varhaisnuoruudessa erityisesti käytösongelmin oireilevat pojat käyttävät enemmän palveluja kuin tytöt, mutta varsinaisessa nuoruudessa avun hakeminen on tytöillä yleisempää kuin pojilla, ja poikien hoitoon hakeutuminen näyttää viivästyvän⁹⁴. Eniten käyntejä tekivät 15–19-vuotiaiden ikäryhmässä masennusoireiset sekä laihuushäiriöiset nuoret⁹⁵.

90 Häggman-Laitila ja Euramaa 2003, 331–332.

91 Almqvist ym. 1999b, 23.

92 Sourander ym. 2008, 321, 324.

93 Haarasilta ym. 2000, 2638.

94 Laukkanen 1993, 111–113.

95 Stakes 2008c.

86 Stakes 2008d, 6–7.

87 Stakes 2008a, 20–22.

88 Stakes 2008b, 2.

89 Tuori ym. 2006, 7–31.

Lasten ja nuorten sekä heidän perheensä psyykkisen tuen tarpeen ja lasten mielenterveyspalvelujen käytön lisääntyminen herättää joukon kysymyksiä. Havaitaanko lasten ja nuorten ongelmat varhaisemmin ja puututaanko niihin useammin? Ovatko maailmalla ja meillä sattuneet järkyttävät koulusurmat lisänneet herkkyyttä reagoida lasten ja nuorten ongelmiin? Ovatko lasten ja nuorten ongelmat tulleet vaikeammiksi, minkä vuoksi on ollut pakko lähteä hakemaan apua, vaikkei ongelmien määrä olisikaan lisääntynyt? Lisäävätkö lasten elinympäristöt ja vanhempien vaikeutuneet ongelmat palvelutarvetta?

Kun hoitoa tarvitsevista lapsista vain puolet on hoidon piirissä, herää kysymys, eikö palveluja ole riittävästi tarjolla siellä, missä niiden tarve olisi suurin. Haittaavatko hierarkia ja byrokratia hoitoon pääsyä, vai onko kyse rahapulasta? Lähitulevaisuutta voi helpottaa sosiaali- ja terveydenhuollon nelivuotinen kansallinen kehittämisohjelma (KASTE⁹⁶), joka tavoittelee kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä muiden muassa sijoitettujen lasten määrän pienentämistä.

3 Lapsi ja perhe kuntoutujana

Kuntoutustyötä ohjaavat arvot ja periaatteet ovat sidoksissa yhteiskunnassa vallitseviin arvoihin ja aikakauteen. Lasten kuntoutuksessa nämä arvot ja periaatteet kertovat samalla lapsuuden arvostuksesta ja suhtautumisesta lapsen tulevaisuuteen.⁹⁷ Erityisenä läpimurtona voidaan pitää lisääntynyttä lapsuustutkimusta, joka on edistänyt lasten havaitsemisen, kokemusten, tiedon ja arjen esiin tuomista⁹⁸. Tutkimus- ja kehittämistyön myötä myös tietoisuus kuntoutuksen kokonaisvaltaisuudesta on kasvanut. Perheen huomioon ottamista lapsen kuntoutuksessa pidetään tärkeänä, jopa aivan olennaisena asiana sille, että lasta yleensä voidaan menestyksellisesti hoitaa⁹⁹ tai kuntouttaa¹⁰⁰.

Perhekuntoutustyöryhmä päätyi vuonna 1993 seuraavaan perhekuntoutuksen määrittelyyn: perhekuntoutuksella tarkoitetaan ”niitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, jotka kohdentuvat perheyhteisön tai useamman kuin yhden yhteisön jäsenen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turval-

lisuuden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen, edistämiseen ja/tai palauttamiseen.”¹⁰¹ Perhetyömuotoja analysoineet Tarja Heino, Kristiina Berg ja Johanna Hurtig (2000) pitävät määrittelyä väljänä ja toteavat, että perhekuntoutuksen käsite on eräänlainen sateenvarjokäsite, jonka yhteyteen jäsentyy lähes kaikki perheiden kuntoutukseen tähtäävä toiminta lastensuojelu- ja terapiatyössä. Heidän mukaansa myöskään juridiikka ei tuo tarkkarajaisuuden mielessä selkeyttä perhekuntoutuksen määrittelylle.¹⁰² Lasten ja nuorten kuntoutuksessa tilanne nähdään samansuuntaisena. Lapsen ja nuoren hyvää kuntoutusta analysoineiden Matti Koivikon ja Salla Siparin (2006) mukaan lasten ja nuorten kuntoutuksella ei ole yksiselitteistä sisältöä¹⁰³.

Perheen samoin kuin lapsen kuntoutuksesta puhutaan esimerkiksi perhetyön yhteydessä¹⁰⁴. Perhetyöllä on pitkä historia. Noin sadan vuoden ajan se on heijastanut yhteiskunnan sosiaali- ja perhepoliittista tilannetta, ja sitä on toteutettu kullekin ajalle ominaisella tavalla¹⁰⁵. Psykiatriassa perhetyön ensimmäisiä malleja otettiin käyttöön 1950-luvulla, kun perhetyö suunnattiin sellaisiin perheisiin, joissa joku perheenjäsen sairasti skitsofreniaa¹⁰⁶. Tehostetun perhetyön aloite syntyi yhdyskuntatyön vanavedessä 1970-luvun puolivälissä. Se oli kodinhoitajan ammattityötä, josta kehitettiin räätälöityä kotipalvelua moniongelmaisille perheille.¹⁰⁷ Mikko Reijonen (2005) on tulkinnut tuon ajankohdan varsinaisen perhetyön idean synnyn ajankohdaksi. Merkittävä perhetyön kehittymisen murros tapahtui myös 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa, jolloin laitoksista käsin alettiin tehdä enemmän avohuollollista lastensuojelutyötä, erityisesti ratkaisukeskeisen, tulevaisuuteen suuntautuvan viitekehyksen ohjaamana. 1990-luvun laman jälkeen mm. kasvatus- ja perheneuvoloiden alasajo merkitsi uusien avohuollolisten perhetyömuotojen kehittelyä.¹⁰⁸ Nykyisin perhetyöntekijöiden käyttö on osa lastensuojelun avohuollon tukitoimia ja perusterveydenhuollossa moniin neuvoloihin on palkattu perhetyöntekijä.

Eri tahot, ammattikunnat ja palveluntuottajat tekevät perhetyötä, eikä sen määrittelystä vallitse yhtä

96 Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.

97 Lasten ja nuorten kuntoutus ... 2001, 5.

98 Alanen ja Bardy 1990; Alanen 2001; Forsberg ym. 2006.

99 Piha 2004e, 403.

100 Lasten ja nuorten kuntoutus ... 2001, 5; myös von Wendt 2001, 398–399.

101 Perhekuntoutustyöryhmän muistio 1993, 24.

102 Heino ym. 2000, 10–11.

103 Koivikko ja Sipari 2006, 16.

104 Esim. Määttä 1999; Rantala 2002; Veijola 2004.

105 Nätkin ja Vuori 2007, 10–14.

106 Korkiakangas 2005, 13.

107 Satka 1994, 324–329.

108 Reijonen 2005, 8–9; Nätkin ja Vuori 2007, 15.

näkemyistä¹⁰⁹. Perhetyö on erilaista perheen arjen tukemista ja puuttumista perheen elämään interventoiden avulla. Kokonaisvaltaisuus ja perheen omien tavoitteiden löytäminen on tärkeää,¹¹⁰ ja perheenjäsenet ja perhesuhteet ovat työssä olennaisella tavalla mukana. Näin on yhtäältä siksi, että hyvinvointia ei saavuta vain yksilö, ja toisaalta siksi, että yksilön hyvinvointi ja sen puute vaikuttavat myös muihin perheenjäseniin.¹¹¹ Perheen tai lapsen muiden läheisten perhetyöhön tai perhekuntoutukseen osallistumistapoja ja -muotoja on erilaisia. Perhe tai läheiset voivat osallistua kuntoutusprosessiin eri tavoin sen mukaan, mikä esimerkiksi on lapsen ikä tai mitkä ovat työskentelyotteet ja -tavat.

Lapsikeskeinen työskentely. Lapsikeskeisessä työskentelyssä asiat pyritään näkemään lapsen näkökulmasta ja lapsen kokemusta arvostetaan. Lapsikeskeinen työskentely on ollut esillä esimerkiksi varhaiskasvatuksessa¹¹², sosiaalityössä¹¹³ ja kuntoutuksessa¹¹⁴. Lasten- ja nuorisopsykiatrian hoitotyössä¹¹⁵ puhutaan yksilökeskeisistä työskentelytavoista.

Varhaiskasvatuksessa lapsikeskeisen käsityksen mukaan lapsi on toimija, tahtoja, oppija – subjekti, mikä tarkoittaa lapsen aloitteellisuuden ja toiminnan arvostamista ja tukemista kasvatukselle kulloinkin asetettujen tavoitteiden suuntaisesti. Sosiaalityössä lapsikeskeisyys on ollut vahvasti esillä, kun on oltu huolissaan lapsen asemasta ja lapsen on nähty jäävän sivuun lastensuojelussa. Lapsikeskeisessä sosiaalityössä lapsi on ensisijainen asiakas ja lapsen kanssa työskennellään aktiivisesti. Myös vanhemmat ovat keskeisessä osassa, mutta heidän kanssaan keskitytään lapsen tarpeisiin ja auttamiseen. Kuntoutuksessa lapsikeskeinen työskentely ja lapsen äänen kuuleminen voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että asioita lähestytään toiminnan kautta. Lapsi otetaan huomioon yksilönä, mutta hänet nähdään myös osana perhettään ja suhteessa perheenjäseniin. Lapsikeskeiseen työskentelyyn kuuluu tapaamisia

sekä lapsen että vanhempien kanssa ja siihen voi kuulua myös perheen yhteisiä tapaamisia.¹¹⁶

Perhekeskeinen ja perhelähtöinen työskentely. Perhekeskeisestä ja perhelähtöisestä työstä puhutaan tässä rinnakkain, koska käsitteistö ei niiden osalta ole vakiintunut¹¹⁷. Anja Rantala (2002) löytää tälle useitakin syitä: 1) perheiden kanssa tehtävä työ on jakautunut eri sektoreille samoin kuin myös muu sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta, 2) käsitteiden kirjavuutta aiheuttaa perhetutkimuksen monitieteisyys, sillä eri tieteissä käytetään eri käsitteitä, 3) moniin jo pitkään käytössä olleisiin käsitteisiin suhtaudutaan torjuvasti tai niitä pidetään vanhanaikaisina ja 4) alun perin englanninkielisten termien suomentaminen lisää käsitteiden moninaisuutta. Voitaneen myös todeta, että perhekeskeisen työn periaatteita on tutkittu enemmän kuin käytännön toimintatapoja¹¹⁸.

Perhekeskeisestä työskentelyotteesta puhutaan, kun yksilön asioiden nähdään liittyvän perhekokonaisuuteen¹¹⁹. Perhekeskeinen työskentely perustuu siihen ajatukseen, ettei lasta voida riittävästi auttaa tuntematta hänen kasvuympäristönsä, sen laatua ja toimintaperiaatteita¹²⁰. Perhekeskeisellä työskentelyllä ja hoidolla tai kuntoutuksella voidaankin katsoa olevan yhtenevät tavoitteet, erityisesti, kun kysymyksessä ovat lapset¹²¹. Kuntoutujana on perhe ja tavoitteena on perheen elämäntilanteen paraneminen tukemalla perheenjäseniä yhdessä ja erikseen.¹²²

Perheiden kanssa työskentelyä ja perheiden mahdollisuutta osallistua lapsen kuntoutukseen halutaan kehittää lastenpsykiatriisessa työssä¹²³. Lasten psyykkiseen hoitoon kuuluu yleensä koko perheen hoito ja lapsen verkoston kanssa tehtävä yhteistyö. Työskentely, jossa korostetaan avointa kommunikointia ja otetaan huomioon perheiden yksilölliset tarpeet, vahvuudet ja intressit, on kuitenkin vaativaa,

109 Heino ym. 2000, 10–11; Reijonen 2005, 9–10; Uusimäki 2005, 2; Nätkin ja Vuori 2007, 7.

110 Heino ym. 2000, 21; Reijonen 2005, 10.

111 Vrt. Makkonen ym. 2002, 281.

112 Tähtinen 1992; Pulkkinen 1994; Hujala 1996; Kinos 2002; Rautio 2005; Tiilikka 2005.

113 Heino 1997; Forsberg 1998; Oranen 2001; Hurtig 2003 ja 2006; Tulensalo ja Muukkonen 2005.

114 Esim. Melamies ym. 2004.

115 Almqvist 2004b, 409–411; Moilanen 2004b, 411–414; Piha 2004b, 399–402.

116 Kinos 2002, 124; Melamies ym. 2004, 103, 114; Tulensalo ja Muukkonen 2005, 309–311; Möller 2005, 66–68; Rautio 2005, 28–29; Forsberg ym. 2006, 5–18; Ervast ja Tulensalo 2006, 53; Hurtig 2006, 191; Ahlroth ja Kurganova 2007, 9.

117 Ks. Määttä 1999; Mattus 2001; Rantala 2002.

118 Rantala 2002, 40.

119 Nieminen 1983, 22–23; Kiuttu 1994; Veijola 2004.

120 Määttä 1999, 100.

121 Ks. Hakulinen ym. 1999; Paavilainen ym. 2000; Santahuhta ym. 2001; Ranta ym. 2003.

122 Kokkonen 2001, 397; Melamies ym. 2004, 110.

123 Ranta ym. 2003.

eikä esimerkiksi vanhempia aina mielletä aktiiviseksi osapuoleksi¹²⁴.

Perhekeskeisessä työskentelyssä perheen asiantuntijuus on ensisijainen. Perhekeskeinen työskentely edellyttää perheen kuuntelemista lasta ja hänen hoitoaan tai kuntoutustaan koskevista asioista sekä perheen mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon. Perhe on asiantuntija lapsen arkipäivän toiminnossa ja toimintaympäristössä selviytymisessä, vaikka lääketieteellinen, psykologinen ja kuntoutuksellinen asiantuntijuus säilyy kunkin alan ammatti-ihmisillä. Perheessä nähdään voimavaroja, joita kannattaa vahvistaa. Voimavaroja vahvistamalla autetaan vanhempia ottamaan huomioon lapsen erityistarpeita ja tukemaan lapsen kehitystä.¹²⁵

Perhekuntoutuksen monimuotoisuus. Lapsen hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuus rakentuu yleensä eri hoito- ja kuntoutusmenetelmien yhdistelmästä ja kuntoutus voi perustua monimuotoiseen työskentelyyn. Yhden perheen kohdalla kokonaisuus voi sisältää esimerkiksi lapselle suunnattua (yksilö- tai ryhmätasoisia) kuntoutusta (lapsikeskeistä työskentelyä), perheen (sisäisen) tason kuntoutusta (perhekeskeistä työskentelyä), lääkehoitoa (biologisen tason hoitoa) sekä yhteisökeskeistä¹²⁶ työskentelyä. Kunkin perheen kohdalla voidaan kuntoutuksen kokonaisuudessa tavallisesti kuitenkin osoittaa keskeisin tai hallitsevin työskentelyote, jota muut kuntoutusmenetelmät tukevat.¹²⁷

4 Kehittämishankkeen arviointi

4.1 Arvioinnin tehtävä ja arviointiasetelma

Arvioinnin tehtävänä on tuottaa tietoa Kelan perhekuntoutuksen ja sen palvelujen kehittämiseksi. Tarkoituksena on arvioida, löytyykö hankkeiden joukosta sellaisia soveltamiskelpoisia toimintamalleja tai niiden osia, joiden jatkaminen tulevaisuudessa näyttäisi olevan perusteltua. Arvioinnissa kuvataan perhekuntoutuksen kohderyhmää ja erilaisten toimintamallien toteutusta sekä kartoitetaan perheiden kokemuksia kuntoutuksesta. Hankkeiden käytän-

nön työstä ja kokemuksista nostetaan esiin keskeisiä hyviä käytäntöjä. Lisäksi arvioidaan hankkeiden verkostoitumista paikallisten toimijoiden kanssa.

Arvioinnin ensimmäisessä vaiheessa selvitetään

1. hankkeiden asiakkuuden muodostumista
2. perhekuntoutuksen kohderyhmä
3. perhekuntoutuksen toteuttamista
4. hankkeiden verkostoitumista sekä
5. perheiden kokemuksia kuntoutuksesta.

Lähtökohtana on, että lapsia kuntoutukseen lähettävät tahot, kuntouttajat ja perheet tarkastelevat perhekuntoutuksen merkitystä ja toimivuutta kokemustensa pohjalta. Osapuolten näkemykset esimerkiksi toiminnan vaikutuksista ja tuloksista saattavat poiketa toisistaan. Aineisto on kerätty monitahoarviointina¹²⁸ eli tietoa ovat tuottaneet niin perhekuntoutuksen toteuttajat, kuntoutukseen osallistujat kuin lapsia ja nuoria kuntoutukseen lähettäneet tahotkin.

Perhekuntoutuksen vaikutuksia tarkastellaan eri tasoilla (taulukko 4). Ensimmäinen on lapsen ja perheen taso, jossa arvioidaan perhekuntoutusta lapsen ja vanhempien kokemana. Toinen taso liittyy perhekuntoutushankkeiden toimintakäytäntöihin ja kuntoutuksen toteuttamiseen. Kolmas taso koskee perhekuntoutushankkeiden tekemää yhteistyötä ja verkostoitumista. Neljättä tasoa voidaan luonnehtia politiikkatasoksi.

Arviointitutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa liikutaan tasoilla 1–3. Arvioinnin toisessa vaiheessa tarkastelu ulottuu tasolle 4. Arviointi kohdistuu perhekuntoutushankkeiden toimeenpanoon, tuloksiin ja vaikutuksiin arviointiasetelman mukaisesti (taulukko 5).

124 Määttä 1999, 97; Paavilainen ym. 2000, 28; Mattus 2001, 9; Melamies ym. 2004, 103.

125 Määttä 1999, 99–105; Mattus 2001, 25–27; Lasten ja nuorten kuntoutus ... 2001, 6; Rantala 2002, 169; Korhakangas 2005, 27–28; Koivikko ja Sipilä 2006, 37, 81, 105; Autti-Rämö 2008, 487.

126 (Lähi)yhteisön (perheen ulkopuolinen) taso, ks. Piha 2004b, 400.

127 Ks. Piha 2004b, 400–401.

128 Ks. Vartiainen 1994 ja 2001.

Taulukko 4. Perhekuntoutuksen vaikutusten arvioinnin tasot ja kohteet^a.

Arvioinnin taso	Vaikutusten arvioinnin kohde
1. taso: lapsi ja perhe – tuki kasvatukseen, lapsen/nuoren kasvuun ja kehitykseen	Selviytyminen – koetut vaikutukset
2. taso: perhekuntoutushankkeet – kuntoutuksen toteuttaminen	Toimintakäytännöt – hyvät käytännöt
3. taso: toimintaympäristö – yhteistyöverkostot	Yhteistyö – yhteistyö ja verkostoituminen
4. taso: konteksti – yhteistyö, työnjako Kelan ja muiden toimijoiden kesken	Politiikka – toimivat rakenteet

^aVrt. Lindh 2007a, 36–37.**Taulukko 5.** Arviointiasetelma.

	Toimeenpano	Tulokset	Vaikutukset
Arvioinnin tarkoitus	Hankkeiden toimeenpanon arviointi	Hankkeiden toteutumisen arviointi	Perhekuntoutuksen vaikutusten (ja merkittävyyden) arviointi
Arviointikysymykset	Miten perheiden asiakkuus muodostui?	Mitkä tahot lähettivät lapsia/nuoria kuntoutukseen? Mitä kriteerejä hankkeet asettivat asiakkuudelle? – luku 5	Muodostuiko hyviä valintakäytäntöjä? (taso 3) – luku 13
	Mikä oli kohderyhmä?	Mikä oli lasten/nuorten ikä- ja sukupuolijakauma, mielenterveysongelma? – luku 6	
	Miten perhekuntoutusta toteutettiin?	Mitä tavoitteita asetettiin? Miten kuntoutussuunnittelu hoidettiin? Millaisia olivat työskentelyotteet ja -tavat? Mitä kuntoutus sisälsi? – luku 7	Saivatko perheet tukea kasvatukseen? (taso 1) Saiko lapsi/nuori tukea kasvuunsa ja kehitykseensä? (taso 1) – luku 9
	Miten verkostoiduttiin?	Mitä yhteistyötahoja oli mukana? Millaista verkostojen käyttö oli? – luku 8	Mitkä toimintamallien osat osoittautuivat toimiviksi? (taso 2) – luku 12 ja 13
			Muodostuiko verkostoyhteistyössä lapsen kuntoutumista tukevia toimintakäytäntöjä? (taso 3) – luku 13

4.2 Aineistot

Arviointi kohdistuu lasten ja nuorten perhekuntoutuksen kehittämishankkeen kokonaisuuteen. Arvioinnin ulkopuolelle jätettiin ainoastaan Mannerheimin Lastensuojeluliiton (MLL:n) pääkaupunkiseudulla avokuntoutuksena järjestämä lastenpsykiatrinen perhekuntoutus, koska lapsiperheiden avokeskuksen toiminta lakkautettiin maaliskuun 2006 lopussa. Arvioinnin kohteena on seuraavien palveluntuottajien toteuttama perhekuntoutus ja aineistona kyseisten palveluntuottajien hankkeista, kuntoutukseen osallistuneilta perheiltä sekä lapsia ja nuoria kuntoutukseen lähettäneiltä tahoilta kerätty aineisto:

- Huoltoliitto ry., Kunnanpaikka (Nuorten elämys- ja toimintapainotteinen tukiprojekti Netti), *Netti-projekti*
- Kainuun koulutus- ja terapiapalvelu (Kainuun perhekuntoutushanke), *Kainuun perhekuntoutus*
- Koulutusavain Oy (Lasten ja nuorten psykiatrinen moniammatillinen perhekuntoutus Kainuussa), *Koulutusavain*
- Mannerheimin Lastensuojeluliiton Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö, Kuntoutus- ja kehittämiskeskus Huvitus (Lasten ja nuorten ryhmämuotoinen perhekuntoutus Yläne, Kokkola, Tampere, Turku), *MLL*
- NeuroMental Oy (Neuropsykiatrinen perhekuntoutus), *NeuroMental*
- Niilo Mäki Instituutti (Jyväskylän Perhekoulu), *Jyväskylän Perhekoulu*
- ODL Terveys Oy (Sosiaalisen vuorovaikutuksen ryhmäkuntoutus: lähimalli Oulu ja Rovaniemi, kaukomalli Rovaniemi), *ODL: Oulu & Roi*
- Osuuskunta Toivo (Lasten ja nuorten Voimala Helsinki, Kotka, Tampere, Oulu), *Voimalat*
- Oulun Diakonissalaitoksen Säätiö (KuKa-projekti), *KuKa-projekti*
- Privatim Ay (Voima-projekti), *Privatim*

- yksityiset ammatinharjoittajat/psykoterapeutit Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri (Lasten ja nuorten perhekuntoutus), *Länsi-Pohja*.

Empiriaosassa hankkeista käytetään tässä kursivoituja lyhenteitä. ODL Terveys Oy:n hankkeesta käytetään erilaisia lyhenteitä riippuen siitä, puhutaanko hankkeesta kokonaisuutena (ODL: Oulu & Roi) tai hankkeen tietystä mallista (ODL: lähimalli; ODL: kaukomalli). Jos puhutaan vain toisen paikkakunnan hankkeesta, paikkakunta mainitaan joko lyhenteessä tai tekstissä. Myös Voimaloiden osalta mainitaan tarvittaessa toteuttamispaikkakunta.

Hankkeilta kerätty aineisto

- hankkeiden hakemusasiakirjat
- hankkeiden työntekijöiden haastattelut
- kohderyhmäkysely (liite 1), jossa hankkeilta tiedusteltiin perhekuntoutukseen vuosina 2005–2006 osallistuneiden lasten sukupuolta, ikää, lähettäjätahoa sekä lähettäjätahon lapsille asettamia diagnooseja
- kyselyt hankkeiden työntekijöille (liite 2 ja liite 3)
- kuntoutuksen sisältöä ja toteuttamista koskeva kysely (liite 4).

Perheiltä kerätty aineisto

- nk. loppukysely (liite 5), joka suunnattiin vuoden 2006 loppuun mennessä niille perhekuntoutuksen päättäneille perheille¹²⁹, joiden kuntoutukseen osallistuva lapsi oli 5–16-vuotias; muutaman pienen hankkeen osalta aikarajana oli vuoden 2007 alkupuoli. Kyselystä kerrotaan tarkemmin luvun 9 alussa.

Yhteistyötahoilta kerätty aineisto

- lapsia perhekuntoutushankkeisiin lähettäneille tahoille suunnattu kysely (liite 6) Pohjois-Suomen, Lounais-Suomen, Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen alueella. Kyselystä kerrotaan tarkemmin luvun 11 alussa.

Tutkimusaineistojen keruu ajoittui taulukon 6 osoittamalla tavalla.

¹²⁹ Suuren kuntoutujamäärän vuoksi Voimaloista kyselyyn osallistui vain joka toinen perhe.

Taulukko 6. Tutkimusaineistojen kerääminen.

2005 marraskuu			
Hakemusasiakirjat			
2006 maaliskuu	2006 kesäkuu	2006 syyskuu	
Kysely (1) hankkeiden työntekijöille	Hankkeiden työntekijöiden haastattelut alkoivat	Loppukysely perheille	
2007 tammikuu	2007 kesäkuu	2007 marraskuu	2007 joulukuu
Kohderyhmäkysely	Kuntoutuksen sisältöä ja to- teuttamista koskeva kysely	Kysely lähettäjätahoille Pohjois-Suomi	Kysely (2) hankkeiden työntekijöille
2008 helmikuu	2008 maaliskuu	2008 toukokuu	
Kysely lähettäjätahoille Lounais-Suomi	Kysely lähettäjätahoille Länsi-Suomi	Kysely lähettäjätahoille Etelä-Suomi	

Raportissa käsitellään pääasiassa kaikkien palveluntuottajien hankkeita. Luvussa 9 kuntoutuksen perhetasoisia vaikutuksia raportoidaan kuitenkin vain NeuroMentalin, Koulutusavaimen ja MLL:n hankkeiden, Voimaloiden, Netti-projektin, Jyväskylän Perhekoulun, ODL:n Rovaniemen hankkeen ja Kainuun perhekuntoutushankkeen osalta, koska näissä hankkeissa 5–16-vuotiaiden lasten kuntoutuksia oli päättynyt vuoden 2006 loppuun mennessä.

5 Asiakkuuden muodostuminen

Lasten ohjautuminen perhekuntoutukseen edellytti lääkärin B-lausuntoa ja Kelan myönteistä päätöstä kuntoutushakemukseen. Asioiden valmistelussa ja lasten valinnassa ilmeni eroja hankkeiden välillä. Joissakin hankkeissa lapsen ja perheen soveltuvuutta kuntoutukseen arvioitiin lähettäjä(hoito)tahon ja hankkeen työntekijöiden yhteistyönä, toisissa arvion teki hankkeen työryhmä. Lasten valinta tehtiin usein Kelan ja hankkeen tai Kelan, hankkeen ja lähettäjä-tahon yhteistyönä. Kokonaisuutena asiakkuuden muodostumisen taustalla voidaan nähdä sekä Kelan että hankkeiden asettamia kriteerejä.

5.1 Perhekuntoutukseen lapsia ja nuoria lähettäneet tahot

Hankkeilta kerättiin tieto lapsia kuntoutukseen lähettäneistä tahoista. Monet tahot lähettivät lapsia ja nuoria perhekuntoutukseen (taulukko 7, s. 24). Lähetteen saattoi kirjoittaa lasten- tai nuoropsykiatrian erikoislääkäri, mutta myös muu kuin erikoislääkäri esimerkiksi silloin, kun lähete tuli kouluista tai terveyskeskuksista.

Lapset ja nuoret ohjattiin perhekuntoutukseen pääasiassa terveyskeskuksen, lastenpsykiatrian poliklinikan tai koulun kautta. Suurin osa koululääkäreistä kuului hallinnollisesti terveyskeskukseen, mutta he olivat kirjoittaneet lähetteen koulun vastaanotolla ja se sisälsi myös esimerkiksi koulupsykologin kannanoton. Muutamissa tapauksissa koululääkärin työtä hoiti erikoislääkäri. Kun lähete tuli terveyskeskuksesta tai koulusta, perhekuntoutus saattoi parhaimmillaan ehkäistä ennakolta mielen-terveysongelmien muodostumista ja kärjistymistä. Varhainen puuttuminen lapsen tilanteeseen mahdollistui tuolloin toisella tavalla kuin psykiatrisesta erikoissairaanhoidon yksiköistä tulevien kohdalla. Erikoissairaanhoidosta tulevien tilanteet ovat usein jo pitkälle edenneet.

Taulukko 7. Lapsia perhekuntoutukseen lähettäneet tahot.

Lähettäjätaho	N	%
Perheneuvola	51	8,8
Lastenpsykiatrian poliklinikka	108	18,7
Lastenneurologian poliklinikka	47	8,1
Nuortenpsykiatrian poliklinikka	52	9,0
Terveyskeskus	122	21,1
Koulu	105	18,2
Yksityinen lääkäri	53	9,2
Muu	40	6,9
Yhteensä	578	100,0

Taulukko 8. Kuntoutukseen lapsia ja nuoria lähettäneet pääasialliset tahot hankkeittain.

Hanke	Lähettäjätaho(t)
Jyväskylän Perhekoulu	lastenneurologian pkl/osasto (43 %)
Kainuun perhekuntoutus	nuortenpsykiatrian pkl/osasto (86 %)
Koulutusavain	lastenpsykiatrian pkl/osasto (89 %)
KuKa-projekti	mielenterveystoimisto (100 %)
Länsi-Pohja	lastenpsykiatrian pkl/osasto (83 %)
MLL	lastenpsykiatrian pkl/osasto (37 %), perheneuvola (28 %)
Netti-projekti	koulu (37 %), nuortenpsykiatrian pkl/osasto (30 %)
NeuroMental	yksityinen lääkäri (34 %), lastenneurologian pkl/osasto (26 %)
ODL: Oulu & Roi	lastenpsykiatrian pkl/os (44 %), lastenneurologian pkl/os (36 %)
Privatim	nuortenpsykiatrian pkl/osasto (83 %)
Voimat	terveyskeskus (34 %), koulu (24 %)

Hankkeiden kesken oli huomattavia eroja lähettäjätahoissa (taulukko 8). Viiteen hankkeeseen (Jyväskylän Perhekoulu, Koulutusavain, Länsi-Pohja, MLL, ODL) lapset tulivat pääasiassa lastenpsykiatrian tai lastenneurologian poliklinikan tai osaston lähettäminä. Kahdessa hankkeessa (Kainuun perhekuntoutus ja Privatim) lähete kuntoutukseen tuli nuortenpsykiatrian poliklinikalta tai osastolta. NeuroMentalin hankkeeseen lapsia tuli runsaasti yksityisten lääkäreiden lähettäminä. Mielenterveystoimisto ym. vastaavat tahot lähettivät KuKa-projektin asiakkaat, jotka olivatkin kaikki 16-vuotiaita tai tätä vanhempia. Perheneuvolasta lähetettyjä lapsia tuli useisiin hankkeisiin.

Terveyskeskuksesta ja koulusta tulleet läheteet keskittyivät etupäässä kahteen hankkeeseen, Voimaloihin ja Netti-projektiin. Netti-projektiin lähettäjänä toimi runsaan kolmanneksen kohdalla koululääkäri, joka oli yleislääkäri ja kuului hallinnollisesti terveyskeskukseen. Voimaloihin lähettäjänä toimi kolmasosan kohdalla terveyskeskus ja joka neljännän kohdalla koulu. Lääkäri saattoi olla yleislääkäri tai erikoislääkäri. Esimerkiksi Espoossa toimi kouluissa kiertävä lastenneurologi, joka tapasi mm. erityisryhmissä opiskelevia lapsia, joilla usein oli neuropsykiatrisia oireita.

5.2 Hankkeiden asettamat kriteerit asiakkuudelle

Hankkeiden kesken oli eroja siinä, mitä muita kuin Kelan asettamia ikä- ja diagnoosikriteerejä ne asettivat valitessaan lapsia ja perheitä kuntoutukseen. Matalinta kynnystä asiakkuuden muodostumiselle edustivat hankkeet, jotka eivät edellyttäneet perheiltä muuta kuin motivaatiota. Neljän palveluntuottajan hankkeessa Kelan asettamien diagnoosi- ja ikäkriteerien lisäksi perheiltä edellytettiin enintään motivaatiota osallistua kuntoutukseen ja perheille pyrittiin hakemaan sopiva, tarpeita vastaava tukimuoto. Esimerkiksi Privatimin Voima-projekti otti perhekuntoutukseen kaikki lähetteen saaneet perheet ja motivointikin tehtiin tarvittaessa hankkeessa. Myöskään Voimaloissa perheiden valinnalle ei asetettu tiukkoja kriteerejä. Voimaloiden perhekuntoutukseen ohjautuikin asiakkaita, jotka eivät syystä tai toisesta oikein sopineet julkisen sektorin palveluihin tai jotka hakeutuivat itse Voimaloihin koska eivät olleet kokeneet tullessa muualla autuiksi. (Taulukko 9.)

Suurin osa hankkeista asetti perheiden valinnalle myös omia kriteerejä. Hankkeisiin valittiin hankkeen tarjolla oleviin palveluihin sopivat perheet. Valinta kohdistui tietynikäisiin ja/tai tiettyyn diagnoosiryhmään kuuluviin lapsiin tai motivaation lisäksi lapselta ja perheeltä edellytettiin muita ominaisuuksia. Tällaisina ominaisuuksina hankkeet nostivat esille esimerkiksi lapsen tai nuoren kyvyn toimia ryhmässä ja perheen sitoutumisen kuntoutusprosessiin, tai hankkeet karsivat moniongelmaisista, akuutissa kriisissä olevia perheitä tai päihteitä käyttäviä tai käytöshäiriöisiä lapsia ja nuoria.

Ennalta asetetut valintakriteerit rajaavat siis osan perheistä palvelujen ulkopuolelle. Näin kuntoutuksesta tulee erikoistunutta palvelua tietyille ryhmälle. Palvelutuotannossa, jossa perheiden valinnalle ei aseteta erityisiä kriteerejä, kuntoutuksen toteutusmuotojen tulee olla monipuolisia, jotta perheille onnistutaan löytämään kunkin perheen tarpeita vastaava tukimuoto.

Taulukko 9. Asiakkuuden muodostuminen.

<p>Hanke ei aseta kriteerejä tai edellyttää enintään motivaatiota</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kainuun perhekuntoutus – ODL: Roi, kaukomalli – Privatim – Voimalat
<p>Asiakkuudelle motivaation lisäksi asetetut kriteerit</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ikä ja tulosityden riittävä samanlaisuus: MLL – Diagnoosi: NeuroMental (neuropsykiatriset oireet) – Diagnoosi ja ikä: Jyväskylän Perhekoulu (ylivilkkaudesta kärsivät alle kouluikäiset lapset) – Jonkinlainen kyky olla ryhmässä, lapset kehitystasoltaan suunnilleen samanikäisiä: ODL: Oulu & Roi, lähimalli – Sosiaaliset taidot (ryhmä), ei käytöshäiriöitä, ei päihdeongelmaa: KuKa- ja Netti-projektit – Perheessä ei moniongelmaisuuksia: Koulutusavain, ODL: Oulu, lähimalli – Perheessä ei akuuttia kriisiä: Jyväskylän Perhekoulu – Sitoutuminen kuntoutusprosessiin: Jyväskylän Perhekoulu, KuKa-projekti, Länsi-Pohja, NeuroMental

6 Perhekuntoutuksen kohderyhmä

Kelan lasten ja nuorten perhekuntoutuksen kehittämishankkeesta on rekisteritietoa vuodesta 2000 lähtien. Arviointitutkimuksessa ei käytetä Kelan rekisteritietoja, koska mm. käytetyissä diagnoosiluokituksissa on tapahtunut muutoksia ajan kuluessa. Arviointitutkimuksessa ovat mukana perhekuntoutushankkeisiin vuosina 2005–2006 osallistuneet 578 lasta perheineen. Tieto lasten sukupuolesta, iästä ja lähettäjätahojen tekemistä diagnooseista saatiin hankkeilta.

Lasten sukupuoli ja ikä. Perhekuntoutukseen osallistuneiden tyttöjen osuus oli 32 % ja poikien 68 %. Lapsille laskettiin ikä kuntoutusajankohtana ja heidät luokiteltiin neljään ryhmään: 5–6-vuotiaat (alle kouluikäiset), 7–11-vuotiaat (alakouluikäiset), 12–15-vuotiaat (yläkouluikäiset) ja 16-vuotiaat tai tätä vanhemmat.

Lapsista noin 5 % oli alle kouluikäisiä. Sekä ala- että yläkouluikäisiä oli lähes yhtä paljon ja heitä vanhempia vajaa viidennes lapsista. Poikia oli enemmän alakouluikäisissä (7–11-vuotiaat) ja tyttöjä puolestaan 16 vuotta täyttäneissä. (Taulukko 10.)

Lapset hankkeittain. Perhekuntoutuksen kehittämishankkeessa oli mukana lapsimäärältään hyvin erikokoisia hankkeita. Suurimmassa hankkeessa lapsia oli yli 300, seuraavaksi suurimmassa runsas 80, neljässä hankkeessa 20–40 ja viidessä pienimmässä 6–14 lasta. Hankkeiden kesken oli jossain määrin eroja myös poikien ja tyttöjen osuuksissa sekä lasten iässä. Useimmissa hankkeissa pojat olivat enemmistönä. Esimerkiksi Jyväskylän Perhekoulussa yhtä lukuun ottamatta kaikki osallistujat olivat poikia. Tyttöjä ja poikia oli suurin piirtein yhtä paljon Länsi-Pohjan hankkeessa ja Netti-projektissa. Ainoastaan Kainuun perhekuntoutushankkeessa tytöt olivat enemmistönä. Iän suhteen Jyväskylän Perhekoulun lapset olivat nuorimpia ja KuKa-projektin lapset vanhimpia. Voimaloissa lasten ikäkirjo oli suurin. Myös NeuroMentalin hankkeessa lapset olivat hyvin eri-ikäisiä. (Taulukko 11.)

Lasten mielenterveysongelmat. Perhekuntoutukseen osallistuneiden lasten mielenterveysongelmia tarkasteltiin hankkeiden kullekin lapselle ilmoittamien diagnoosien avulla. Diagnoosit oli luokiteltu ICD-10-järjestelmän¹³⁰ mukaan. Suurimmalle osalle lapsista (62 %) oli asetettu yksi diagnoosi. Kaksi diagnoosia oli 26 %:lla ja kolme tai useampi

diagnoosi 12 %:lla lapsista. Diagnoosien määrän jakautuminen oli suunnilleen sama tytöillä ja pojilla sekä eri ikäryhmissä.

Taulukossa 12 esitetään poikien ja tyttöjen mielen-terveysongelmat heille asetetun ensimmäisen diagnoosin mukaan. Samaan ICD-ryhmään kuuluvia diagnooseja on tarkastelussa yhdistelty¹³¹. Lasten yksityiskohtaiset diagnoosit on esitetty liitteessä 7.

Noin 28 %:lla lapsista oli todettu neuropsykiatrisia oireyhtymiä (ADHD, Aspergerin oireyhtymä, Touretten oireyhtymä), jotka olivat pojilla yleisempiä kuin tytöillä. Ahdistuneisuushäiriöitä esiintyi runsaalla 21 %:lla, käyttäytymishäiriöitä noin 18 %:lla ja masennusta lähes 14 %:lla. Ahdistuneisuutta ja masennusta ilmeni enemmän tytöillä ja pojilla puolestaan enemmän käyttäytymisen ongelmia. Sosioekonomisten ja psykososiaalisten ongelmien joukkoon kuuluivat erilaiset kouluun (koulukiusaaminen, poissaolot), perheeseen (hajoaminen, vanhemman kuolema) ja sosiaalisiin tilanteisiin liittyvät ongelmat. Oppimisvaikeuksiin kuuluivat erilaiset luki- ja hahmottamishäiriöt ym. vastaavat ongelmat. Muut häiriöt/sairaudet -ryhmään luokiteltiin erilaiset elimelliset sairaudet (esim. diabetes, epilepsia ja liikalihavuus) sekä jotkin tässä aineistossa harvalukuiset sairaudet tai häiriöt (mm. päihderiippuvuus, syömishäiriö, kastelu, kaksisuuntainen mielialahäiriö). Sosioekonomisten ja psykososiaalisten ongelmien ja oppimisvaikeuksien osalta ei esiintynyt eroja tyttöjen ja poikien kesken, ja niiden määrä jäi muutoinkin pieneksi. Muut häiriöt -ryhmään kuuluvia sairauksia oli tytöillä hieman enemmän kuin pojilla.

Mielenterveysongelmia selviteltiin myös erikseen lapsilla (5–11-v.) ja nuorilla (12–25-v.). Tarkastelu osoitti, että neuropsykiatrisia oireyhtymiä ja käyttäytymisen häiriöitä esiintyi enemmän lapsilla kuin nuorilla. Ahdistuneisuus ja masennus olivat puolestaan enemmän nuorten kuin lasten ongelmia. (Liite 8.)

Perhekuntoutukseen osallistuneiden lasten mielen-terveysongelmien vertailu epidemiologisten tutkimusten tuloksiin on vaikeaa. Eri tutkimuksissa käytetyt tutkimusmenetelmät, diagnoosiluokitukset ja ikärajat ovat erilaisia, mikä vaikeuttaa vertailuja. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että perhekuntoutukseen

¹³⁰ International statistical classification ... 1992.

¹³¹ Neuropsykiatriset oireyhtymät = hyperkineettiset häiriöt (ADHD), Aspergerin ja Touretten oireyhtymä; Ahdistuneisuushäiriöt = ahdistus, pelko-, paniikki- ja pakko-oireet sekä sopeutumis- ja stressihäiriöt; Käyttäytymishäiriöt = käytöshäiriöt, uhmakkuushäiriöt, samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt, sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt.

Taulukko 10. Lasten sukupuoli ikäryhmittäin (%).

	5–6-v.	7–11-v.	12–15-v.	16-v.–	Yhteensä
Tytöt	2,2	29,5	33,9	34,4	100
Pojat	5,8	45,3	38,2	10,6	100
Yhteensä	4,7	40,3	36,9	18,2	100

Taulukko 11. Lasten sukupuoli ja ikä hankkeittain.

Hanke	Lapsia	Poikia/ Tyttöjä	Ikä (v.)
Jyväskylän Perhekoulu	14	P > T	5–7
Kainuun perhekuntoutus	7	P < T	12–15
Koulutusavain	9	P > T	5–14
KuKa-projekti	19	P > T	16–25
Länsi-Pohja	6	P = T	9–13
MLL	81	P > T	5–14
Netti-projekti	27	P ~ T	13–16
NeuroMental	35	P > T	9–25
ODL: Oulu & Roi	39	P > T	7–12
Privatim	12	P > T	11–15
Voimalat	329	P > T	5–24

Taulukko 12. Tyttöjen ja poikien mielenterveysongelmat.

Mielenterveysongelma	Tytöt %	Pojat %	Yhteensä %
Neuropsykiatriset oireyhtymät	15,3	34,2	28,2
Ahdistuneisuushäiriöt	32,8	15,9	21,3
Käyttäytymishäiriöt	10,4	21,8	18,2
Masennus	20,2	10,6	13,7
Sosioekonomiset ja psykososiaaliset ongelmat	6,6	6,3	6,4
Oppimisvaikeudet	2,7	6,6	5,4
Muut häiriöt/sairaudet	12,0	4,6	6,9
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

osallistuneiden lasten mielenterveysongelmat vastasivat melko hyvin epidemiologisten tutkimusten havaintoja (vrt. taulukot 1 ja 2). Suurimmat eroavuudet olivat neuropsykiatristen oireyhtymien esiintyvyydessä. Esimerkiksi ADHD:tä ja Aspergerin oireyhtymää esiintyi enemmän perhekuntoutuksen lapsilla kuin väestöpohjaisissa tutkimuksissa. Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että osa hankkeista suuntasi palvelunsa juuri näille ryhmille.

7 Perhekuntoutuksen toteuttaminen

Tässä luvussa käsitellään hankkeiden perhekuntoutukselle asettamia tavoitteita, kuntoutussuunnitelua, työskentelyotteita ja -tapoja sekä kuntoutuksen sisältöä. Tavoitteita tarkastellaan hankkeiden hakemusasiakirjojen ja hankkeiden työntekijöille suunnatun kyselyn (2) pohjalta. Kuntoutussuunnittelun tarkastelussa aineistona ovat työntekijöiden kyselyt (1 ja 2) sekä kuntoutuksen sisältöä ja toteuttamista koskeva kysely (nk. kuntoutuspolkukysely). Työskentelyotteiden ja -tapojen kuvaamisessa hyödynnetään edellisten lisäksi sitä tietoa, jota saatiin tutustumiskäynneistä hankkeisiin.

Hankkeet ryhmitellään kuntoutusmuotojen ja niiden vaatiman toteutusajan mukaan. Ryhmittelyssä hyödynnetään kuntoutuspolkukyselyä.

7.1 Tavoitteiden asettelu

Tavoitetasot. Hankkeiden toiminnalleen asettamat tavoitteet auttavat näkemään perhekuntoutuksen sisällön painopisteitä ja hankkeiden tapaa toteuttaa perhekuntoutusta. Perhekuntoutuksen tavoitteet painoutuivat jossain määrin eri tavoin eri hankkeissa, mutta tavoitteissa oli nähtävissä myös yhteisiä piirteitä. Tavoitteita oli asetettu lapsen/nuoren tasolla (1), vanhempien/sisarusten tasolla (2), perheen vuorovaikutustasolla (3), perheyhteisön tasolla (4), lähiverkoston tasolla (5) sekä kuntoutuspalvelujen kehittämisen (6) tasolla (kuvio 1 ja liite 9). Huomionarvioista on, että tavoitteen asettelu suunnitelmatasolla kuvastaa tavoiteltua, mutta ei välttämättä vielä toteutunutta tilaa hankkeiden toiminnassa.

Lapsi/nuori (1a) (1b): kaikki hankkeet asettivat tavoitteekseen muutoksen lapsen toiminnassa, taidoissa tai tunne-elämässä. Tavoitteet koskivat lapsen ja nuoren fyysisen tai psyykkisen kasvun ja tunne-elämän (a) ja/tai sosiaalisten taitojen sekä ikätasaisen kehityksen (b) tukemista.

Vanhemmat/sisarukset (2): seitsemän hanketta asetti tavoitteekseen muutoksen vanhempien toimintatavoissa ja jaksamisessa. Tämä tarkoitti vanhempien tukemista lapsen kasvatustehtävässä tai vanhempien uupumisen ennaltaehkäisemistä tai hoitamista. Vastuullisen vanhemmuuden kehittymistä pyrittiin edistämään.

Perheen vuorovaikutustaso (3): kuuden hankkeen tavoitteena oli vuorovaikutuksen tukeminen lapsen ja vanhempien välillä niin, että lapsen etu, kuten hoiva ja perusturvallisuus, toteutuisi. Kielteisen vuorovaikutuksen syntyminen tai jatkuminen pyrittiin estämään.

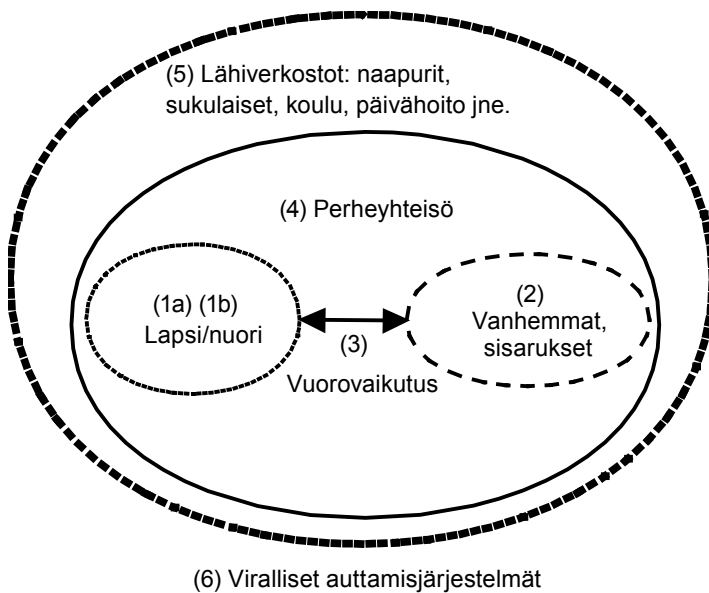
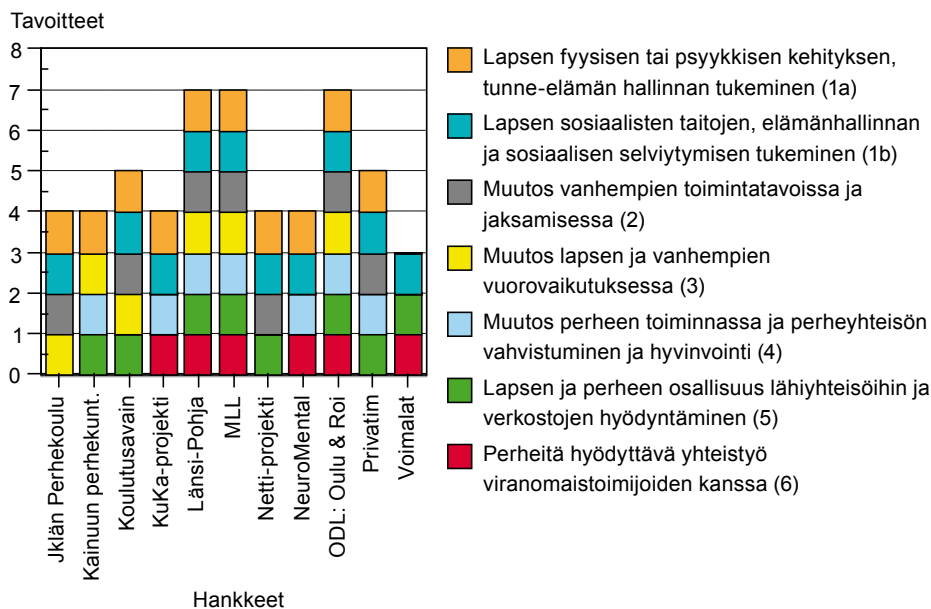
Perheyhteisötaso (4): seitsemän hanketta asetti tavoitteekseen perheen hyvinvoinnin, perheen voimavarojen tunnistamisen ja tarvittaessa muutoksen perheen toiminnassa. Tukeminen pyrittiin suuntaamaan perheen arjessa selviytymiseen. Perheen hyvinvointiin pyrittiin vaikuttamaan myös ennakoita ehkäisevästi.

Lähiverkostotaso (5): kahdeksan hankkeen tavoitteena oli yhteyksien syntyminen ja ylläpitäminen perheen ja lähiverkoston kesken. Tavoitteena oli niin perheen tukeminen yhteistyöhön verkoston kanssa kuin vertaistuen hyödyntäminenkin sekä lähiverkoston tukeminen kasvatustehtävässä.

Kuntoutuspalvelujen kehittämisen taso (6): kuusi hankkeista asetti tavoitteita paikallisten viranomais- tahojen kanssa tehtävän yhteistyön sisältöihin ja perheille suunnattujen palvelujen kehittämiseen.

Hankekohtaiset erot tavoitteissa. Tavoitteenasettelultaan monipuolisimmat hankkeet olivat Länsi-Pohjan ja MLL:n hankkeet sekä ODL:n hanke (kuvio 2). Nämä hankkeet olivat hakemusasiakirjoissaan määritelleet tavoitteensa jokaiselle kuudelle tasolle ja tason lapsi/nuori (1) osalta sekä lapsen fyysisen tai psyykkisen kasvun ja tunne-elämän (a) että sosiaalisten taitojen ja ikätasaisen kehityksen (b) tukemisen alueelle.

Tavoitteiltaan laajoja hankkeita olivat myös Koulutusavaimen hanke ja Privatimin Voima-projekti. Voimaloissa tavoitteiden painopiste oli lapsen ja perheen osallisuudessa lähiyhteisöihin sekä työssä viranomaistahojen kanssa. Netti-projektissa keskeisiä olivat lapsen toiminnalle ja taidoille sekä perheen toimintatavoille asetetut tavoitteet, ja Jyväskylän Perhekoulussa näiden lisäksi perheen vuorovaikutuksessa tapahtuville muutoksille asetetut tavoitteet. Kainuun perhekuntoutushankkeen, NeuroMentalin

Kuvio 1. Tavoiteasettelun tasot.**Kuvio 2.** Tavoitteen asettelu hankkeittain.

hankkeen ja KuKa-projektin tavoitteenasettelu oli sikäli monipuolista, että tavoitteita oli asetettu niin lapsen toiminnan ja taitojen, perheen vahvistumisen ja hyvinvoinnin kuin myös lähiverkostojen resursien hyödyntämisen tai viranomaistahojen kanssa tehtävän yhteistyön alueille.

Hankkeiden työntekijöille suunnatussa kyselyssä (2) tiedusteltiin, mitä konkreettisia muutoksia perhekuntoutuksen aikana pyrittiin saavuttamaan (missä asioissa ja toimijoissa). Suurin osa toivotuista muutoksista kohdistui lapseen ja hänen perheeseensä, yleensä vanhempiin. Kolme hanketta, Länsi-Pohjan ja MLL:n hankkeet sekä Helsingin Voimala, kirjasiivat tavoitteita myös sisarusten osalta. Lähes jokainen hanke pyrki saamaan aikaan muutoksia verkostotoimijoiden työskentelyotteisiin. Erityisen haastavana nähtiin koulumaailma, koska hankkeiden mukaan ongelmia oli vanhempien ja koulun välisessä suhteessa ja tavassa hahmottaa lapsen oireita. (Liite 10.)

7.2 Kuntoutussuunnittelu

Kuntoutussuunnittelu voidaan ymmärtää prosessiksi, joka antaa mahdollisuuden yksilöllisten ja yhteisten voimavarojen keskittämiseen vaikeuksien voittamiseksi. Kuntoutussuunnittelu on samanaikaisesti kuntoutuksen toimintakenttä ja väline, koska suunnittelu merkitsee aina myös voimavarojen suuntaamista uudelleen kuntoutuksen edetessä.¹³² Kuntoutussuunnittelu sisälsi perhekuntoutuksessa eri vaiheita; ainakin (1) suunnitelman teon, (2) suunnitelman tarkistamisen ja päivittämisen (kuntoutusjakson aikana) ja (3) siirtovaiheen eli palautumisen hoitotaholle, jolloin hanke raportoi kuntoutuksen etenemisestä ja mahdollisista jatko-suosituksista lähettäjätaholle. Kuntoutukseen osallistuvien lasten hoitosuhteen oli määrä säilyä kuntoutuksen ajan lähettäjätaholla ja usein hoitosuhde myös jatkui siellä kuntoutuksen jälkeen. Tämän vuoksi lähettäjätahon mukanaolo kuntoutuksen suunnittelussa oli keskeinen perhekuntoutuksesta vastaavan hankkeen ja kuntoutukseen osallistuvan perheen ohella.

Kuntoutussuunnitelman teko. Tyypillisimmillään hankkeen yhteistyö lähettäjätahon kanssa tarkoitti kuntoutuksen käynnistymisvaiheessa sitä, että hanke otti huomioon lähetteessä ilmaistut tavoitteet laatiessaan kuntoutussuunnitelman perheen kanssa. Hankkeeseen osallistuneet neuvottelivat tarvittaessa yhdessä lähettäjätahon ja perheen kanssa. Muu-

tamassa hankkeessa yhteiskokouksia järjestettiin jokaista kuntoutussuunnitelmaa laatimaan. Tarvittaessa mukana oli myös muita lapsen kuntoutumista tukevia yhteistyötahoja.

Suunnitelman tarkistaminen ja päivittäminen.

Suuri osa perhekuntoutushankkeista teki lähettäjätahon kanssa yhteistyötä tarpeen vaatiessa myös perhekuntoutuksen aikana. Yhteistyö tarkoitti esimerkiksi puhelinkontakteja, konsultaatioita, hankkeen työntekijän osallistumisia hoitoneuvotteluihin tai lähettäjätahon kutsumista verkostopalaveriin. Muutama hanke teki kuntoutusvaiheen aikana yhteistyötä lähettäjätahon kanssa jokaisen lapsen asioissa yhteisissä neuvotteluissa, joissa arvioitiin kuntoutuksen toteutumista ja tarkennettiin tapauskohtaisesti kuntoutussuunnitelmaa. Tämän lisäksi lähettäjätaholle saatettiin antaa kirjallinen väliarvio kuntoutuksen etenemisestä.

Siirtovaihe. Tyypillisimmillään siirtovaihe tarkoitti kirjallisen lapsikohtaisen palautteen antamista lähettäjätaholle. Ainoastaan yksi hanke ei laatinut lapsen kuntoutuksen toteutumisesta kirjallista palautetta lähettäjätaholle lainkaan ja yhdessä hankkeessa palaute toimitettiin lähettäjätaholle, jos perhe ja nuori siihen suostuivat. Muutamassa perhekuntoutushankkeessa kokoonnuttiiin ns. siirtoneuvotteluun lähettäjätahon kanssa jokaisen lapsen asioissa. Siirtopalavereja pidettiin tärkeinä, koska niissä sovittiin esimerkiksi seurannasta, verkostotuen jatkosta ja tavasta päästä uudelleen kuntoutukseen tarpeen ilmetessä.

Kolmen vaiheen toteutuminen. Vain muutama hanke teki yhteistyötä lähettäjätahon kanssa jokaisessa kolmessa vaiheessa (kuntoutussuunnitelman teko, sen päivittäminen, siirtovaihe) jokaisen lapsen ja nuoren asioissa, ja säännöllinen yhteistyö oli perhekuntoutukseen ennalta suunniteltua toimintaa. Näissä muutamassa hankkeessa kuntoutussuunnittelu perustui niin kuntoutustyöntekijöiden (esim. kuntoutustiimin ja konsultoivan lääkärin) ja perheen väliseen yhteistyöhön kuin kuntoutustyöntekijöiden yhteistyöhön lähettävän tahon ja muidenkin viranomaisverkostojen kanssa.¹³³

Suuressa osassa hankkeita kuntoutussuunnittelu perustui ensi sijassa hankkeen kuntoutustyöntekijöiden ja perheen yhteistyöhön. Yhteys lähettäjätahoon liittyi esimerkiksi kuntoutuksen käynnistymisvaiheeseen tai tarvittaessa tilanteen mukaiseen yhteydenpitoon kuntoutuksen aikana. Siirtovaihe

¹³² Rissanen 2001, 503 ja 2008, 625.

¹³³ Ks. Lindh 2007b.

hoidettiin yleensä kirjallisella palautteella lähettäjätholle.

7.3 Perhekuntoutushankkeiden työskentely

Lapsi/perhekeskeisyys. Kelan ohjeistuksen mukaan perheenjäsenet tai lapsen muut läheiset kuuluu ottaa mukaan kuntoutusprosessiin. Hankkeiden kesken oli eroja siinä, miten ja missä määrin perheenjäsenet olivat kuntoutuksessa mukana. Osassa hankkeista kuntoutus tapahtui pääasiassa lapsen tai lapsiryhmän kanssa. Tämän lisäksi työskenneltiin vanhempien ja mahdollisesti sisarusten kanssa, mutta toiminnan pääpaino oli lapsen yksilökäynneissä tai lasten ryhmätoiminnassa eikä perheelle suunnatussa kuntoutuksessa. Osassa hankkeista perhe kokonaisuudessaan tai ainakin lapsi ja vanhemmat osallistuivat yhdessä kaikkeen tai lähes kaikkeen toimintaan perhekuntoutuksen aikana. Kuntoutus suunnattiin kokonaan tai lähes kokonaan perheelle ja perustui useiden perheenjäsenten osallistumiseen.

KuKa-projektissa, jossa miltei kaikki nuoret olivat täysi-ikäisiä, kuntoutusohjelma oli suunnattu pääasiassa nuorille. Vanhempien tai muun omaisen oli mahdollista osallistua kuntoutuksen suunnittelua koskevaan palaveriin, yhteen tai kahteen tapaamiseen sekä omaisviikonloppuun. Netti-projektin toiminta oli suunnattu nuorille. Yksi nuorelle tärkeä aikuinen, yleensä jompikumpi vanhemmista, oli kuitenkin mukana läheisviikonlopussa, kolmessa vanhempainillassa ja päätöstilaisuudessa, ja vanhempiin pidettiin muutenkin yhteyttä. Helsingin ja Oulun Voimaloissa perhe oli mukana sitä tiiviimmin, mitä nuorempi lapsi oli. Perheiden osallistuminen kuntoutukseen vaihteli suurestikin.

Kainuun perhekuntoutushankkeissa perhe oli intensiivisesti mukana lapsen ja nuoren kuntoutuksessa. Perheenjäsenet osallistuivat aina perheterapiatapaamiseen kotona sekä avo- ja laitosjaksoihin. Länsi-Pohjan hankkeissa lapsen vanhemmat ja sisarukset olivat mukana kaikessa toiminnassa koko kuntoutuksen ajan, samoin ODL:n hankkeen kaukomallissa, jossa perheiden kanssa työskenneltiin kotona. Myös MLL:n perhekuntoutuksessa perheet osallistuivat kaikkeen tai lähes kaikkeen toimintaan kuntoutuksen aikana. Sisaruksille oli laitosjaksoilla omia ryhmiä. Jyväskylän Perhekoulussa toiminta oli suunnattu yhtä lailla vanhemmille kuin lapsellekin. Vanhemmat osallistuivat omaan vertaisryhmään ja lapset omaan ryhmäänsä. Toimintaan kuului jokai-

sella tapaamisella vanhempien ja lasten yhteinen ruokahetki, joka videoitiin ja katsottiin yhdessä.

Privatimin Voima-projektissa, Koulutusavaimen hankkeessa sekä Kotkan ja Tampereen Voimaloissa perheitä tavattiin säännöllisesti koti- tai perhetapaamisten yhteydessä, ja perheet olivat mukana kuntoutuksessa tiiviisti. NeuroMentalin perhekuntoutus sisälsi useita perhetapaamisia, ja vanhempain- tai perhetapaamisia oli myös ODL:n hankkeen lähimallissa. Sekä NeuroMentalin hankkeessa että ODL:n hankkeen lähimallissa toiminnan pääpaino oli kuitenkin joko lapsen yksilötapaamisissa tai lastenryhmissä eli lapsen tai lasten kanssa työskentelyssä. (Liite 11.)

Eroperheestä tulevien lasten perhekuntoutuksen tekivät haastavaksi lapsen useat vanhemmat. Eroperheiden kohdalla osa hankkeista työskenteli sekä lapsen äidin että lapsen isän perheen kanssa, jolloin saman lapsen kohdalla perhekuntoutuksessa saattoi olla mukana kaksi perhettä.

Toteutustapa. Hankkeiden välillä oli eroja siinä, työskenneltiinkö pääasiassa kunkin perheen kanssa erikseen vai perustuiko kuntoutus ensi sijassa erilaiseen ryhmätoimintaan, jossa eri perheenjäsenet osallistuivat esimerkiksi omaan vanhemmille tai lapsille suunniteltuun toimintaan (taulukko 13, s. 32). Neljässä perhekuntoutusmallissa (Kainuun perhekuntoutus, Länsi-Pohja, ODL kaukomalli, Kotkan Voimala) työote painottui asiakasperheen kanssa työskentelyyn. Työmuodot vaihtelivat perheen hyvinvointia tukevasta perhekeskeisestä työstä perheterapiaan.

Viidessä hankkeessa (Jyväskylän Perhekoulu, KuKa-projekti, MLL:n hanke, Netti-projekti, ODL:n hankkeen lähimalli) kuntoutus painottui ryhmämuotoiseen toimintaan. Ryhmäkuntoutusta sovelletaan usein lapsiin, joilla on näkyviä ja tiedostettuja neurologisen kehityksen vaikeuksia ja puutteita sosiaalisissa taidoissa. Sitä käytetään yleensä silloin, kun oireet ovat yleislaatuaisia ja kokonaisvaltaisia. Tarkkaavaisuuden ja toiminnanohjauksen ongelmat ovat ryhmäkuntoutuksen tyypillinen kohde.¹³⁴ Osassa hankkeista kuntoutus ei painottunut kumpaankaan ääripäähän (Koulutusavain, Privatim) tai perhekuntoutus toteutettiin perheestä riippuen yksilö-, perhe- tai ryhmämuotoisesti (NeuroMental sekä Helsingin, Oulun ja Tampereen Voimalat), jolloin toiminnan painopistettä on vaikea yksiselitteisesti nähdä.

¹³⁴ Nieminen 2001, 51–54.

Taulukko 13. Perhekuntoutuksen jäsenitys toteuttamistavan näkökulmasta.

Perhe: perhetyö, perheterapia – Kainuun perhekuntoutus, Länsi-Pohja, ODL kaukomalli, Kotkan Voimala
Painopistettä (perhe/ryhmä) on vaikea yksiselitteisesti nähdä – Koulutusavain, NeuroMental, Privatim, Voimalat (Hki, Oulu, Tre)
Ryhmäkuntoutus – Jyväskylän Perhekoulu, KuKa-projekti, MLL, Netti-projekti, ODL lähimalli

Valinnaisuus. Hankkeiden toimintamallit erosivat toisistaan myös tarjolla ja valittavana olevien toimintasisältöjen ja -vaihtoehtojen suhteen. Jyväskylän Perhekoulussa ja Netti-projektissa kaikille osallistujille tarjottiin pääasiassa samanlaiset palvelut ennalta suunnitellun ohjelman mukaisesti. Esimerkiksi Perhekoulun toiminta perustui Perhekoulun käsikirjan mukaiseen ohjelmaan. MLL:n, Länsi-Pohjan ja Koulutusavaimen hankkeissa, Privatimin Voima-projektissa ja Kainuun perhekuntoutushankkeessa kuntoutuksen sisältö räätälöitiin perhekohtaisesti, mutta kuntoutuksen sisällöllinen rakenne tapaamismäärineen ja -muotoineen oli perheille samanlainen. KuKa-projektissa näin toimittiin vastaavasti nuorten kohdalla. NeuroMentalin hankkeessa, ODL:n hankkeen lähi- ja kaukomallissa sekä Voimaloissa kuntoutusohjelma sisälsi erilaisia toiminta- ja työskentelymuotoja, joista perheen kanssa yhdessä rakennettiin sopiva kokonaisuus. Kuntoutuksen sisällöllisessä rakenteessa saattoi olla huomattavia perhe- tai lapsikohtaisia eroja.

Suhde toimintaympäristöön. Hankkeet käyttivät lapsen arjen toimintaympäristöjä hyödyksi eri tavoin (taulukko 14). Muutama hanke hyödynsi perhekuntoutuksessa lapsen luonnollisia ympäristöjä ja niiden resursseja, kuten kotia ympäristönä. Kuntoutukseen osallistui usein lapsen ja nuoren koko lähipiiri: perhe ja muut läheiset, esimerkiksi isovanhempi tai ystävä. Suuressa osassa hankkeista perhekuntoutus oli toimisto- ja/tai laitoseskeistä. Konkreettista kontaktia lapsen elinympäristöön ei ollut tai osassa hankkeista tehtiin esimerkiksi yksi kotikäynti.

Vertaistoiminta. Hankkeissa, joissa pääpaino oli ryhmäkuntoutuksessa (lasten/nuorten ryhmät: KuKa-projekti, ODL lähimalli, Netti-projekti; tai

ryhmät lapsille ja vanhemmille erikseen: Jyväskylän Perhekoulu, MLL), vertaistoiminta oli ikään kuin sisäänrakennettu perhekuntoutuksen toteuttamiseen. Useassa hankkeessa järjestettiin perheille myös erilaista yhteistä toimintaa vertaistukea hyödyntäen. Perheiden vertaistoimintaa organisoitiin esimerkiksi samaan aikaan kuntoutuksessa olevien perheiden yhteisenä tekemisenä (liikunta, leikit, retket, seikkailutoiminta, esim. MLL), perheleirein (Privatim), laitosjaksoin tai omais- tai läheisviikonlopuin (Kainuun perhekuntoutus, KuKa-projekti, Länsi-Pohja, Netti-projekti), teemailtapäivin (Koulutusavain) tai perhepäivin (ODL). ODL:n Rovaniemen hankkeessa lastenleirit olivat osa kuntoutusta. NeuroMentalin hankkeessa järjestettiin lasten vertaisryhmiä kuntoutuksen pääpainon ollessa kuitenkin muualla kuin ryhmäkuntoutuksessa.

Kuntoutuksen kesto. Perhekuntoutuksen kesto vaihteli runsaasta puolesta vuodesta kolmeen vuoteen. Lyhyimmät, intensiiviseltä osaltaan noin puolen vuoden, kuntoutusjaksot olivat Jyväskylän Perhekoulussa ja Netti-projektissa. Länsi-Pohjan ja Koulutusavaimen hankkeissa, Kainuun perhekuntoutuksessa sekä Privatimin Voima-projektissa perheille tarjottiin 1,5–2 vuotta kestävästä kuntoutusta. ODL:n hankkeen lähi- ja kaukomallissa kuntoutus kesti yleensä noin kaksi vuotta, yksittäisissä tapauksissa tätä lyhyemmän ajan. Voimaloissa perhekuntoutus kesti vuoden, tarvittaessa kaksi vuotta, ja NeuroMentalin hankkeessa vuoden, tarvittaessa kolme vuotta. MLL:n hankkeessa ja KuKa-projektissa perhekuntoutus kesti enintään vuoden.

Intensiteetti. Lasten ja perheiden tapaamisten tiheydessä oli suurta vaihtelua. Yhteydenpito lapseen ja perheeseen oli tiiveintä ja säännöllisintä Koulutusavaimen ja NeuroMentalin hankkeissa, Netti-pro-

Taulukko 14. Suhde toimintaympäristöön.

Yhteisöllinen: elinympäristössä tukeminen, ympäristö resurssien lähde – Kainuun perhekuntoutus, Koulutusavain, Länsi-Pohja, ODL kaukomalli, Privatim
Pääasiassa toimisto- ja laitoskeskeinen (kontakti elinympäristöön, esim. kotikäynti) – Kotkan Voimala, KuKa-projekti, MLL (Turku), NeuroMental, ODL lähimalli (Roi), Oulun Voimala
Toimisto- ja laitoskeskeinen – Jyväskylän Perhekoulu, Helsingin Voimala, MLL, Netti-projekti, ODL lähimalli (Oulu), Tampereen Voimala

jektissa, Privatimin Voima-projektissa sekä ODL:n hankkeen lähimallissa, joissa kontakteja oli noin 3–4 kertaa kuukaudessa. Muutamassa hankkeessa, kuten Jyväskylän Perhekoulussa, Kainuun perhekuntoutuksessa, MLL:n hankkeessa ja KuKa-projektissa, intensiivinen toiminta toteutui periodeissa (Jyväskylän Perhekoulussa yhdessä periodissa) ja välillä oli taukoa. Länsi-Pohjan hankkeessa ja Voimaloissa lasta tai perheitä tavattiin noin 1–2 kertaa kuukaudessa. ODL:n hankkeen kaukomallissa perheiden fyysinen etäisyys eri puolilla Lapin lääniä toi oman haasteen kuntoutuksen toteuttamiselle. Perheitä tavattiin kotipaikkakunnalla noin joka toinen kuukausi. Kuntoutuskäyntien välissä yhteyttä pidettiin kotiin ja verkostoihin puhelimitse.

Kuntoutuskokonaisuus hankkeittain. Arvioinnin yhtenä tavoitteena oli saada kuva, mitä lapsen kuntoutus tyypillisimmillään sisälsi. Arvioijat olivat laatineet hankkeisiin tehtyjen tutustumiskäyntien pohjalta lomakkeen (liite 4), johon oli luetteloitu erilaisia toimintoja, joita lapsen kuntoutukseen saattoi sisältyä. Lomakkeessa kysyttiin tietoja lapsen, vanhempien ja perheiden tapaamisista, ryhmätoiminnasta, terapiasta, kotikäynneistä, muusta yhteydenpidosta, tutkimuksista, havainnoinnista, neuvotteluista ja perheille suunnatusta yhteisestä toiminnasta. Jokainen hanke esitti lomakkeella kuntoutuksen tyypillisen sisällön 7–11-vuotiaalle, 12–15-vuotiaalle tai 16 vuotta täyttäneelle sen mukaan, minkä ikäisiä lapsia perhekuntoutukseen pääasiassa osallistui. Jokainen hanke valitsi kuvattavakseen siis yhden¹³⁵ tyypillisen kuntoutusprosessin, vaikka osassa hankkeista lapsen ja perheen kuntou-

tusprosessit saattoivat vaihdella paljonkin sisällön ja keston mukaan. Arvioitsijat laativat vastausten perusteella hankekohtaiset kuvaukset, jotka hankkeet vielä tarkistivat.

Kuvausten perusteella voidaan erottaa seitsemän ryhmää, joissa painottuvat kuntoutuksen eri toimintamuodot seuraavasti:

1. lapsen yksilötapaamiset ja perhetapaamiset kotona
2. nuoren yksilötapaamiset
3. lasten ja vanhempien ryhmätoiminta
4. lasten ryhmätoiminta
5. nuorten ryhmätoiminta
6. perheterapiaan painottuva kuntoutus
7. lapsen ja vanhempien yhteistapaamiset.

Seuraavassa on jokaiseen ryhmään sijoitettu yksi hanke-esimerkki. Liitteessä 12 esitetään perhekuntoutuksen sisältö tyypillisimmillään muiden perhekuntoutushankkeiden osalta. Kuvioita verrattaessa on otettava huomioon, että kuviossa y-akselin asteikko vaihtelee. Erilaisiin asteikkoihin päädyttiin luettavuuden vuoksi, koska tapahtumamäärissä oli suuriakin eroja hankkeiden kesken. Osassa hankkeista tapahtumia oli puolen vuoden aikana yli viisikymmentä, osassa alle kymmenen.

Lapsen ja nuoren tapaamiset psykologin kanssa olivat kuvion 3 (s. 34) esittämässä toimintamuodossa keskeisiä. Kuntoutukseen sisältyi lisäksi perheen

¹³⁵ Suuresta kuntoutujamäärästä johtuen Helsingin Voimala täytti lomakkeen kuntoutuskokonaisuudesta erikseen lapselle (7–11-v.) ja nuorelle (12–15-v.). ODL:n Rovaniemen hanke täytti lomakkeen erikseen lähimalliin ja kaukomalliin osallistuneiden osalta.

tapaamisia kotona. Koulussa ja lähettävän tahon kanssa pidettävät verkostopalaverit olivat säännöllisiä. Perheiden vertaistoiminta organisoitiin teemailtapäivin. Kuntoutusprosessi kesti puolitoista vuotta.

Kuntoutus muodostui suurelta osin nuoren yksilötapaamisista (kuvio 4). Kuntoutukseen sisältyi myös vanhempien tapaaminen, nuoren ja vanhempien yhteistapaamisia ja verkostotyöskentelyä. Kotikäynnillä pyrittiin tapaamaan myös kuntoutujan sisarusia. Kuntoutusprosessi kesti tyypillisimmillään noin vuoden.

Kuntoutuksen keskeisenä elementtinä oli runsaan puolen vuoden aikana toteutettu ryhmätoiminta, joka järjestettiin lapsille ja vanhemmille laitospunkoutusjaksojen aikana (kuvio 5). Perheille järjestettiin yhteistä toimintaa, esimerkiksi erilaista liikuntaa, leikkejä, retkiä tai seikkailutoimintaa. Kuntoutukseen sisältyi myös perhekohtaista kuntoutusta ja verkostoneuvottelu.

Kuntoutus rakentui pääasiassa lasten ryhmätoiminnalle (kuvio 6, s. 36). Myös vanhempia tavattiin ja tehtiin kotikäyntejä. Kuntoutusprosessiin sisältyi koulukäyntejä ja yhteispalavereja verkostojen kanssa. Perheille järjestettiin perhepäiviä ja vanhemmille vertaistoimintaa. Lastenleirit olivat osa kuntoutusta. Kuntoutusprosessi kesti tyypillisimmillään kaksi vuotta.

Kuntoutus oli ensisijaisesti nuorten ryhmäkuntoutusta (kuvio 7, s. 36). Se sisälsi nuoren yksilöohjausta, verkosto- ja perhetapaamisia sekä kaksi intensiivijaksoa kuntoutuslaitoksessa. Omaisten viikonloppuna järjestettiin yhteistä toimintaa perheille. Kuntoutusprosessiin kuului myös erilaisia tutkimuksia ja selvittelyjä ja se kesti noin vuoden.

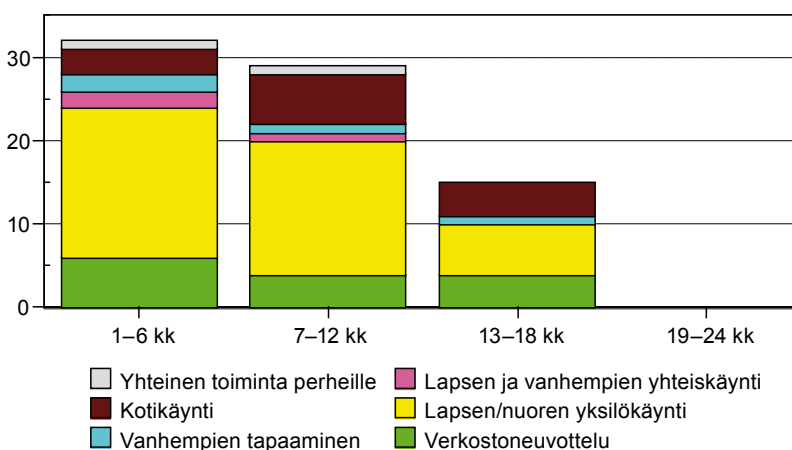
Perheterapiakäynnit kotona sekä säännöllinen työskentely verkostojen kanssa olivat kuvion 8 (s. 37) esittämässä toimintamuodossa keskeisiä. Perheille järjestettiin vertaistoimintaa laitosjaksoviikonloppujen aikana. Kuntoutus sisälsi erilaisia tutkimuksia ja selvittelyjä. Kuntoutusprosessi kesti kaksi vuotta.

Kuntoutus muodostui lapsen ja vanhempien yhteistapaamisista sekä lapsen yksilötapaamisista (kuvio 9, s. 37). Kuntoutus sisälsi myös verkostoneuvottelun. Kuntoutusprosessi kesti noin vuoden.

Hankkeissa tehtiin perhekuntoutustyötä eri tavoin ja tyypillistä esimerkkiä kuntoutuksen sisällöstä oli osan hankkeista vaikea esittää. Varsin usein perhekuntoutus oli tarpeenmukaista ja sen sisältö tapauskohtaista. Kuntoutuksen sisältöön vaikuttivat mm. lapsen ikä, oireet sekä perheolosuhteet. Hankkeiden kesken oli myös yhdistäviä piirteitä ja niitä pystyttiin jonkin verran tyypittelemään. Hankekohtaisista kuvauksista ilmenevät myös kuntoutuksen keston ja intensiteetin erot.

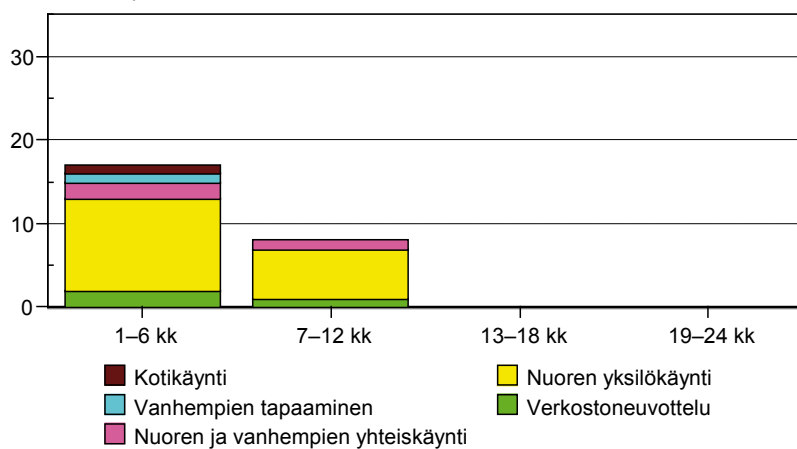
Kuvio 3. Lapsen yksilötapaamiset ja perhetapaamiset kotona.

Kontakti-, tapahtumamäärä / Koulutusavain

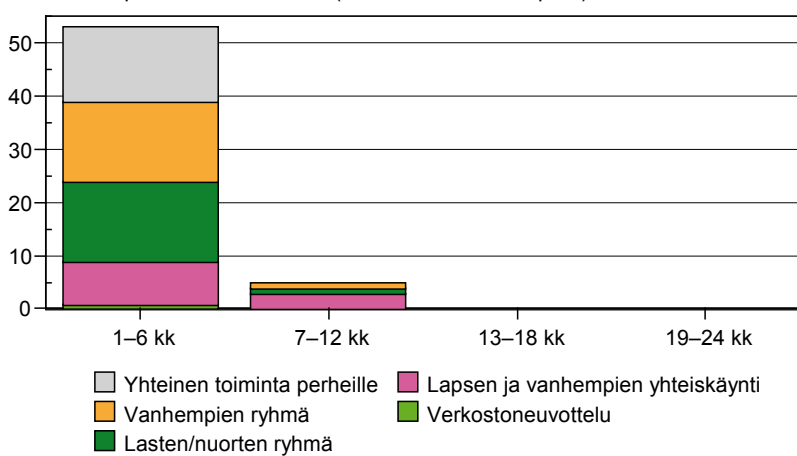


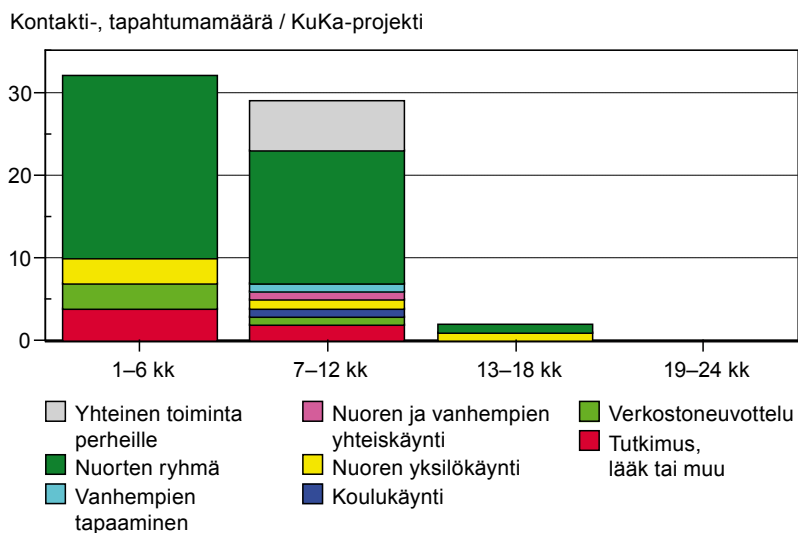
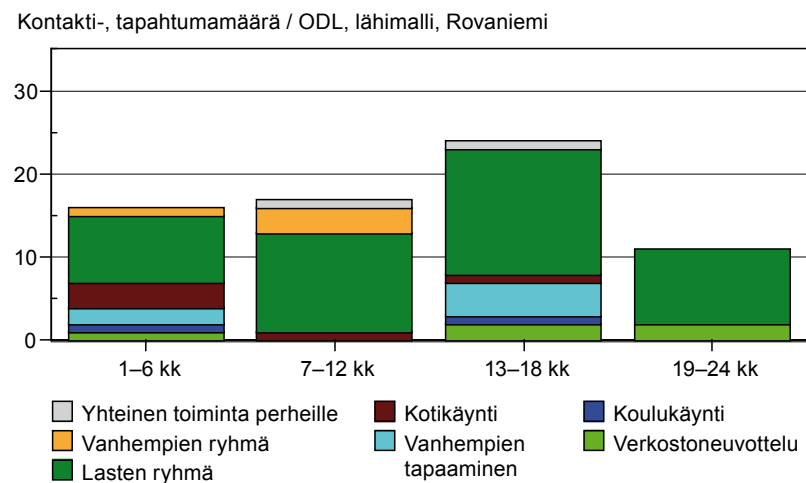
Kuvio 4. Nuoren yksilötapaamiset.

Kontakti-, tapahtumamäärä / Voimala, Oulu

**Kuvio 5.** Lasten ja vanhempien ryhmätoiminta.

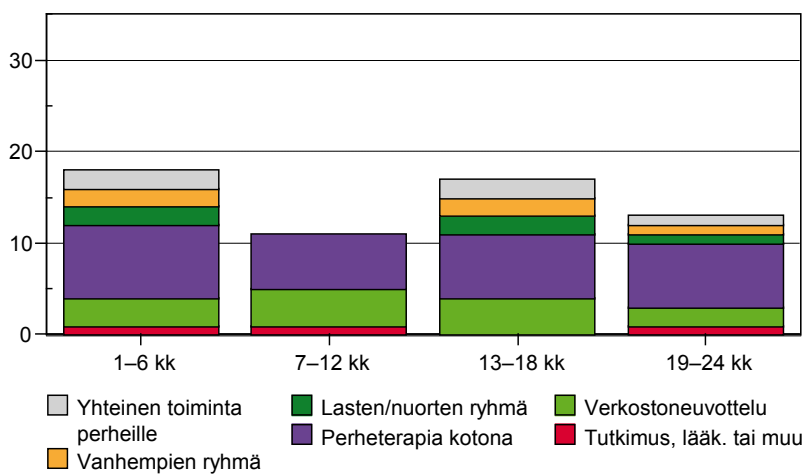
Kontakti-, tapahtumamäärä / MLL (Yläne, Kokkola, Tampere)



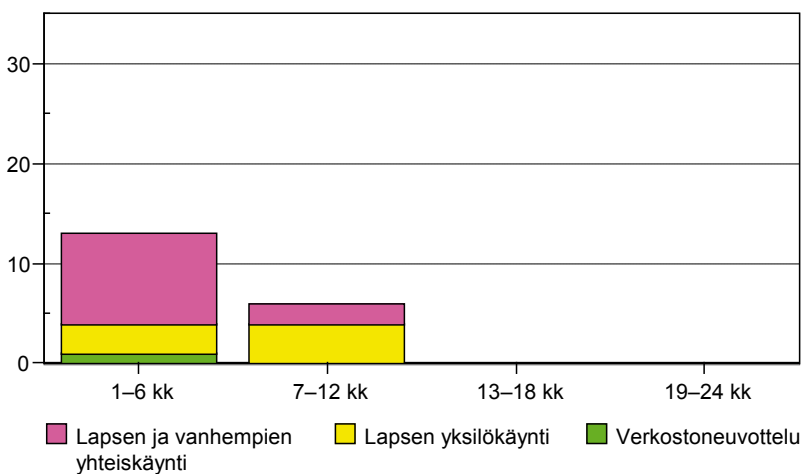


Kuvio 8. Perheterapiaan painottuva kuntoutus.

Kontakti-, tapahtumamäärä / Länsi-Pohja

**Kuvio 9.** Lapsen ja vanhempien yhteistapaamiset.

Kontakti-, tapahtumamäärä / Voimala, Helsinki



8 Yhteistyötahot ja verkostojen käyttö

Kelan kanssa tehdyn yhteistyön ohella jokainen perhekuntoutushanke oli yhteistyössä peruspalvelujen työntekijöiden kanssa – osa lasten perhekuntoutukseen ohjaamisessa, osa kuntoutuksen aikana – pyrkien hyödyntämään peruspalvelujen toimintaa ja eri alojen ammattilaisten asiantuntemusta lapsen arjessa. Erikoissairaanhoidon ammattilaiset olivat luonteva yhteistyökumppani kohderyhmän erityisyyden vuoksi, ja myös siksi, että he suurelta osin vastasivat lasten lähettämistä perhekuntoutukseen. Tässä luvussa kuvataan hankkeiden peruspalvelutason yhteistyöverkostoa. Aineistona on hankkeiden työntekijöille suunnattu kysely (1). Verkostojen käyttöä tarkastellaan erikseen hyödyntäen tutustumiskäynneillä ja kuntoutuspolkukyselystä saatua tietoa.

Peruspalvelutason yhteistyötahot. Perhekuntoutushankkeiden tyypillisimpiä yhteistyötahoja olivat koulut, sosiaalitoimi ja perheneuvola. Kahdeksan hanketta teki yhteistyötä koulujen kanssa, seitsemän sosiaalitoimistojen ja viisi perheneuvoloiden kanssa. Terveyskeskusten kanssa yhteistyötä ilmoitti tekevänsä neljä hanketta, mutta esimerkiksi päivähoiton kanssa vain kaksi hanketta. (Kuvio 10.)

Kaksi hanketta teki kyselyn mukaan yhteistyötä työvoimatoimistojen kanssa, yksi hanke perhekotien ja tukiperheiden ja yksi hanke mielenterveystoimistojen kanssa (kuviot 10). Tarkasteltaessa erilaisten yhteistyötahojen¹³⁶ määrää laajimmat yhteistyöverkostot oli NeuroMentalin ja Länsi-Pohjan hankkeissa sekä KuKa-projektissa. Nämä hankkeet tekivät yhteistyötä myös kolmannen sektorin toimijoiden kanssa, samoin kuin osa muistakin hankkeista. Suppein peruspalvelujen yhteistyöverkosto oli Privatimin Voima-projektilla ja MLL:n hankkeella. (Kuvio 11.)

Verkostojen käyttö. Hankkeiden varsin laajasta verkostoitumisesta huolimatta kuntoutukseen sisältyi melko vähän käytännön verkostotyöskentelyä, muutamaa hanketta lukuun ottamatta. Tyypillisimmillään noin vuoden kestävään kuntoutusprosessiin sisältyi yhdestä kahteen verkostoneuvottelua. Yhteistyön sisällöissä ja intensiteetissä oli hankkeiden kesken suuri ero. Yhteistyö esimerkiksi koulun kanssa saattoi olla yhdessä tapauksessa puhelinkontakti tai yksi tapaaminen lapsen asiassa ja toisessa tapauksessa prosessinomainen yhteistyö lapsen kun-

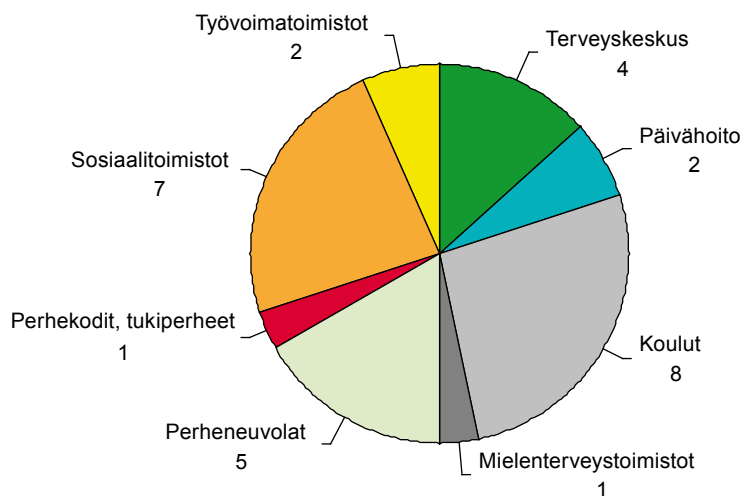
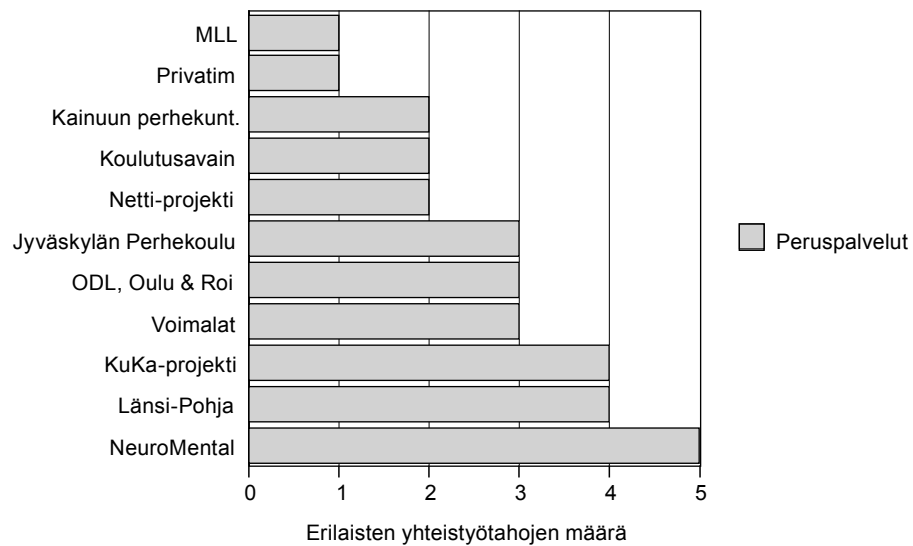
toutumisen edistämiseksi. Kuntoutuksen keskeiset varhaisen puuttumisen yhteistyötahot, päivähoito ja koulu, näkyivät vain harvoissa hankkeissa niin, että niihin olisi jalkauduttu ja kentällä toimittu kokonaisvaltaisesti. Kaiken kaikkiaan verkostotyöskentely oli kuntoutusprosessin aikana suhteellisen vähäistä tai verkostojen käyttö tilanteenmukaista.

Muutamissa hankkeissa, esimerkiksi Koulutusavaimen, Länsi-Pohjan ja ODL:n hankkeissa sekä KuKa-projektissa, verkostoja käytettiin systemaattisesti. Koulutusavaimen hankkeessa käytiin lähettävän tahon kanssa kolme hoitoneuvottelua puolentoista vuoden aikana. Tämän lisäksi järjestettiin 12 verkostoneuvottelua yleensä koulun (tai päivähoiton) kanssa, jolloin esimerkiksi opettaja sai prosessimaista ohjausta hankkeen psykologilta noin kerran kuukaudessa. Oli tärkeää, että opettajalle ja vanhemmille syntyi yhteinen näkemys lapsen johdonmukaisesta tukemisesta. Lapsi osallistui keskusteluun kykyjensä mukaan. Myöhemmin kouluneuvotteluja purettiin lapsen kanssa kahdestaan yksilötapaamisilla. Länsi-Pohjan hankkeessa kahden vuoden kuntoutusprosessi sisälsi 12 yhteistoimintatapaamista verkostojen kanssa. Verkostoitumalla perheille etsittiin uusia mahdollisuuksia, toimittiin perheen tukena, mutta myös asiantuntijana.

Verkostoituminen lapsen kuntoutusta tukevien kotipaikkakunnan yhteistyötahojen kanssa oli ODL:n Lapin kaukomallin toiminnassa keskeistä. Mitä haastavampi perhe oli, sitä tiiviimmin verkosto (koulu, sosiaalitoimi, muut kuntoutusta antavat tahot) otettiin työskentelyyn mukaan. Niin ODL:n hankkeen lähimallissa (Oulu & Roi) kuin kaukomallissakin (Roi) yhteistyö koulun kanssa aloitettiin vähitellen perhekuntoutuksen käynnistyessä ja yhteistyö koulukäyntejä tekemällä jatkui lapsen ja perheen yksilöllisen tarpeen mukaan. Tyypillisimmillään koulukäyntejä (koulupäivän seuraamia) oli esimerkiksi Rovaniemen hankkeessa useita. Opettajille ja kouluavustajille järjestettiin ryhmiä, joissa mm. ulkopuoliset asiantuntijat luennoivat. Kaksi vuotta kestävä kuntoutus (Roi: lähi- ja kaukomalli) sisälsi noin viisi verkostoneuvottelua. Oulun lähimallissa kuntoutusprosessiin sisältyi tyypillisimmillään 3–7 verkostoneuvottelua, joihin koottiin lapsen asioissa toimivat tahot. Oulun lähimallissa koulukäynnit toteutettiin verkostokäynteinä.

KuKa-projektissa järjestettiin vuoden kuntoutusprosessin aikana kolme kuntoutuspalaveria jokaisen nuoren kotipaikkakunnalla. Mukaan koottiin nuoren kuntoutumisen kannalta olennaiset tahot (hoitotaho aina) ja huolehdittiin nuoren kun-

¹³⁶ Erilaisilla yhteistyötahoilla tarkoitetaan kuviossa 11 kuvion 10 eri sektoreiden toimijatahoja.

Kuvio 10. Hankkeiden yhteistyötahot.**Kuvio 11.** Hankkeiden yhteistyötahojen määrä.

toutumista tukevan tiedon välittämisestä nuoren kotipaikkakunnan toimijoille. Yhteistyö johti esimerkiksi siihen, että nuorten kotipaikkakunnilta konsultoitui KuKa-projektia siitä, mitä nuorten monialaisen kuntoutuksen olisi tärkeää kuntatasolla sisältää ja miten sitä tulisi suunnata.

9 Kuntoutumisen vaikutukset perheiden arkeen

Kuntoutuksen päättäneiden lasten vanhemmilta kysyttiin perhekuntoutukseen osallistumisen syistä, huolta aiheuttaneista asioista, lapsen tilanteesta tapahtuneista mahdollisista muutoksista sekä perhekuntoutuksessa lasta ja vanhempaa jaksamaan auttaneista asioista (nk. loppukysely, liite 5). Kuntoutumisen yksilö- ja perhetasoisia vaikutuksia arvioidaan näihin kysymyksiin saatujen vastausten perusteella.

Loppukyselyn kohteena oli kahdeksan hanketta ja 148 perhettä, joista vastaukset saatiin 66 perheeltä (liite 13). Vastausprosentti (45 %) jäi pieneksi osaltaan siitä syystä, että siinä vaiheessa, kun tiedonkeruu oli mahdollista aloittaa, oli kuntoutuksen päättymisestä ennättänyt kulua aikaa, eivätkä kaikki hankkeet onnistuneet motivoimaan perheitä vastaamaan. Päättäneitä kuntoutuksia ennähti arvioinnin ensimmäisen vaiheen aikana kertyä vähän eikä jokaisessa hankkeessa ollut päättäneitä kuntoutuksia lainkaan. Loppukyselyyn saatujen vastausten perusteella ei siksi oteta vielä kantaa siihen, millaisesta kuntoutuksesta perheet hyötyivät subjektiivisesti eniten ja millaisesta kuntoutuksesta ei näyttäisi olevan niin suurta hyötyä. Loppukyselyn avulla saatua aineistoa voidaan kuitenkin pitää suuntaa antavana esitutkimusaineistona arvioinnin toisessa vaiheessa toteutettavalle yksilö- ja perhetasoisien vaikutusten tarkastelulle (SDQ-kysely¹³⁷). Arvioinnin ensimmäisessä vaiheessa vanhemmilta kysyttiin mm. lapsen käyttäytymisen aiheuttaman huolen määrää ja käyttäytymisessä tapahtunutta muutosta. Vanhempia pyydettiin arvioimaan lapsen tunne-elämän oireita, käytösoireita, yliaktiivisuuden ja tarkkaavuuden oireita, kaverisuhteiden ongelmia ja prososiaalista (ystävällistä, avuliasta) käytöstä.

9.1 Miksi perhekuntoutukseen osallistuttiin?

Perheet tulivat perhekuntoutukseen lapsen oireilun eri vaiheissa. Yleensä vanhemmat mainitsivat vas-

tauksissaan yhden pääasiallisen osallistumisssyy. Melkein joka toisen lapsen vanhemmat luettelivat kuitenkin useita syitä, mikä kertoo tilanteiden vaihtuvuudesta ja monimutkaisuudesta perheissä.

Vanhempien esittämät syyt perhekuntoutukseen osallistumiseen kertovat sekä lapsen tilaan liittyvistä häiriöistä ja ongelmista että vanhempien ja vanhempaan olemisen vaikeuksista. Useimmiten vanhemmat mielsivät syyksi kuitenkin lapsen liittyvän asian tai ongelman. Lapsen liittyvä asia (taulukko 15) koski yleensä lapsen käyttäytymistä, tunne-elämää tai yliaktiivisuuden ja tarkkaavuuden oireita. Muita syitä olivat lapsen kaverisuhteiden ongelmat, sosiaalisiin taitoihin liittyvät vaikeudet, heikko koulumenestys, viihtymättömyys koulussa tai yksittäiset muut lapsen avuntarpeeseen liittyvät asiat.

Osa vanhemmista mielsi perhekuntoutukseen osallistumisen syyksi jonkin perheen selviytymiseen liittyvän asian. Oltiin huolissaan lapsesta ja haluttiin ymmärtää lapsen käytöstä. Vanhemmat toivoivat apua arjessa selviytymiseen, tukea vanhemmuuteen tai tietoa ja kokemusten vaihtoa toisten vanhempien kanssa. Muutamat vanhemmat kertoivat osallistumisensa syyksi sen, että perhekuntoutusta oli suositeltu heille, asiaa sen tarkemmin erittelemättä.

9.2 Koetut vaikutukset

Vanhempien huoli lapsen tilanteesta ennen perhekuntoutusta ja sen jälkeen. Vanhemmilta kysyttiin loppukyselyssä, olivatko he ennen kuntoutusta ja missä määrin olleet huolissaan lapsestaan seuraavissa asioissa: tunne-elämän oireet, yliaktiivisuuden ja tarkkaavuuden oireet, kaverisuhteiden ongelmat, käyttäytymisen ongelmat, toisen ihmisen huomioon ottamiseen liittyvät asiat (prososiaalinen käytös) ja oppimisvaikeudet. Samassa kyselyssä vanhempia pyydettiin arvioimaan tilannetta perhekuntoutuksen jälkeen.

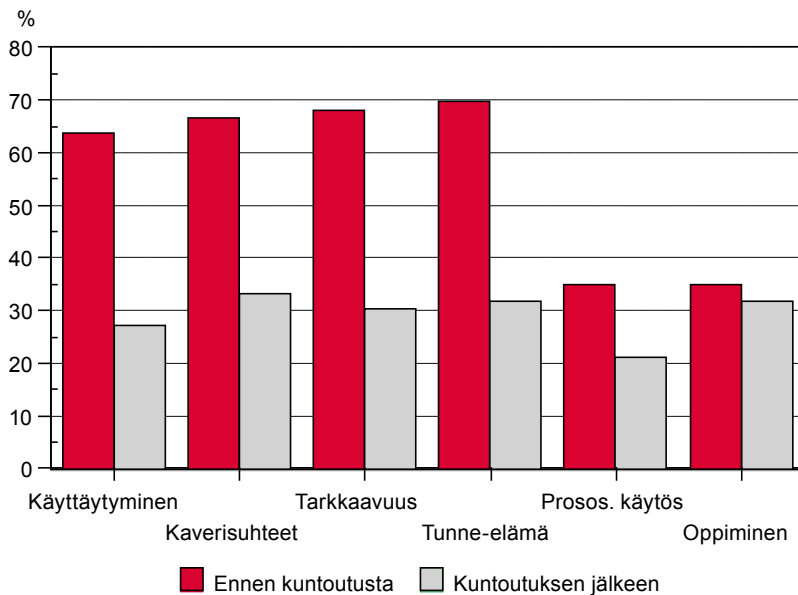
Kuviossa 12 on punaisin pylväin ilmaistu niiden vanhempien osuus, jotka ilmoittivat heillä olleen paljon tai melko paljon lapseen liittyviä huolia ennen perhekuntoutusta. Harmain pylväin on ilmaistu vastaava tilanne perhekuntoutuksen jälkeen.

Lapsen käyttäytymiseen, kaverisuhteisiin ja sosiaalisiin taitoihin, tarkkaavuuteen ja yliaktiivisuuteen sekä tunne-elämään liittyviin asioihin onnistuttiin perhekuntoutuksen keinoin tarttumaan varsin hyvin. Noin kaksi kolmasosaa kyselyyn vastanneista

¹³⁷ The Strengths and Difficulties Questionnaire.

Taulukko 15. Vanhempien ilmaisema pääasiallinen syy perhekuntoutukseen osallistumiseen.

Pääasiallinen syy osallistua	Perheet (n = 66)	%
<i>Lapseen liittyvä asia</i>		
Erilaiset käytösongelmat		
Tunne-elämän vaikeudet		
Yliaktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt		
Kaverisuhteiden ongelmat		
Sosiaalisiin taitoihin liittyvät vaikeudet		
Heikko koulumenestys tai viihtymättömyys koulussa		
Muu lapsen avuntarpeeseen liittyvä syy	53	80
<i>Perheen selviytymiseen liittyvä asia</i>		
Avun saanti arjessa selviytymiseen, tuki vanhemmuuteen		
Tiedon, kokemusten vaihdon tarve		
Huoli lapsesta, halu ymmärtää lapsen käytöstä	15	22
<i>Perhekuntoutusta suositeltiin</i>	8	12

Kuvio 12. Vanhempien huoli lapsesta ennen kuntoutusta ja sen jälkeen.

vanhemmista oli lapsensa kohdalla näistä asioista huolissaan ennen kuntoutusta, mutta kuntoutuksen jälkeen alle kolmasosa. Yleensä huolen määrä väheni niilläkin vanhemmilla, joilla huolta perhekuntoutuksen jälkeen edelleen oli. Perheet kokivat saaneensa apua kuntoutuksesta myös silloin, kun lapsella oli vaikeuksia prososiaalisessa (ystävällisessä, avuliaassa) käytöksessä. Suhteellisen pieni osa vanhemmista ilmaisi kuitenkin huolta tässä asiassa. Myöskään oppimisvaikeudet eivät olleet esillä merkittävästi. Niihin perhekuntoutuksen keinoin pystyttiin tarttumaan selvästi vähemmän kuin muihin lapsen ongelmiin.

Lapsen tilanteessa tapahtuneet muutokset. Runsas neljä viidestä loppukyselyyn vastanneesta vanhemmasta mainitsi ainakin yhden lapsessa tapahtuneen muutoksen. Vanhemmat kuvasivat yleensä lapsen tunne-elämässä tapahtuneita muutoksia. Lapsen tunteiden ilmaisu oli parantunut, iloisuus lisääntynyt tai mieliala oli parempi tai lapsen itsetunto oli noussut kuntoutuksen myötä (taulukko 16).

Noin joka neljäs vanhempi kertoi, että lapsi oli saanut kavereita tai oli alkanut ottaa kontaktia toisiin samanikäisiin. Lähes yhtä suuri osa vanhemmista mainitsi lapsen sosiaalisuuteen liittyvästä muutoksesta. Vanhempien kertoman mukaan lapsi oli tullut rohkeammaksi tai oma-aloitteisemmaksi, hän oli reipastunut tai lapsella oli aiempaa vähemmän sosiaalisia pelkoja. Noin joka viides vanhemmista mainitsi lapsen keskittymisen lisääntymisestä tai levottomuuden vähentymisestä, ja lähes yhtä suuri osa mainitsi jostakin lapsen käyttäytymiseen, esimerkiksi itsehillintään tai tottelemiseen, liittyvästä muutoksesta. Muutamat vanhemmat kuvasivat muutoksena sitä, että lapsen koulunkäynti oli alkanut sujua tai lapsen halukkuus oppia uusia asioita oli lisääntynyt kuntoutuksen aikana. Kolmen lapsen vanhemmat kertoivat jostakin lapsen tilanteesta tapahtuneesta negatiivisesta muutoksesta, joka oli käynnistynyt kuntoutuksen aikana. Lapsi saattoi olla kavereiden vietävissä, oli jättänyt koulunkäynnin tai sanoi vastaan aiempaa enemmän.

Joka viides vanhempi ilmaisi, ettei lapsessa tapahtunut perhekuntoutuksen myötä muutosta tai että muutos oli väliaikainen ja tilanne oli palautunut ennalleen. Silti vain kahden lapsen vanhemmat olivat sitä mieltä, ettei perhekuntoutus ollut auttanut lasta mitenkään. Vaikka jokaisen lapsen tilanne ei muuttunut, perhekuntoutus saattoi sisältää asioita, joista oli lapselle apua ja jotka edistivät kuntoutumista. Muutos ja sen pysyvyys on melko korkealle asetettu tavoite, ja se vaatii pitkälistä seurantaa.

Vanhempien saama tuki. Yleensä vanhemmat saivat perhekuntoutuksesta tukea myös itselleen. Runsas kolmasosa loppukyselyyn vastanneista vanhemmista kertoi saaneensa perhekuntoutuksesta paljon voimavaroja tukea lasta ja joka toinen jonkin verran. Harvempi kuin joka kymmenes ilmoitti saaneensa vähän tukea. Yhtä suuri osa vanhemmista ei palautteen mukaan saanut vanhempiana perhekuntoutuksesta lainkaan tukea lapsensa asiassa.

Parhaimmillaan perhekuntoutus antoi vanhemmille mahdollisuuden nähdä itsensä ja lapsensa uudella tavalla ja perhekuntoutus tuki lapsen ja vanhempien välistä vuorovaikutusta. Lapsen ja vanhemman toimivan vuorovaikutuksen merkitys lapsen myöhemmälle kehitykselle ja vanhemmuudelle on keskeinen asia. Kiintymyssuhde ja varhaiset vuorovaikutusmallit vaikuttavat lapsen toiminnan kehittymiseen ja saavat aikaan ympäristön kanssa toistuvia vuorovaikutustapoja¹³⁸.

Kuviosta 13 voi nähdä, että noin joka toinen loppukyselyyn vastanneista vanhemmista sai perhekuntoutuksesta paljon tukea lapsen vahvuuksien tunnistamiseen ja vanhempiana jaksamiseen. Vanhemmat saivat paljon tukea myös lapsen tunnetilojen käsittelyyn sekä tietoa lasten käyttäytymisestä ja lapsen kasvatuksesta.

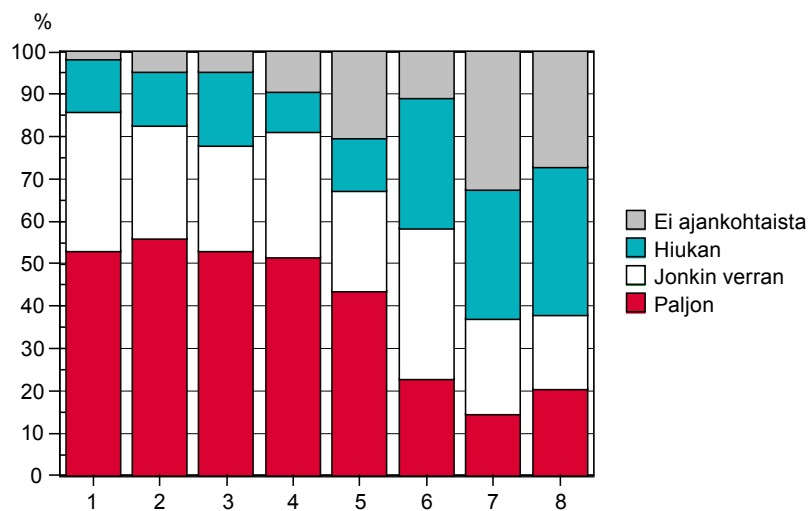
Lähes joka toiselle vanhemmista perhekuntoutus antoi keinoja kontaktin saamiseksi lapseen. Osuus on varsin suuri, kun otetaan huomioon, että joka viidennessä perheessä kontaktin saaminen lapseen ei ollut ongelma. Lapsen kaverisuhteiden ongelmat olivat varsin tavallinen huoli perheissä, mutta vain noin joka viides vanhemmista kertoi saaneensa paljon keinoja niiden ratkaisuun, ja hieman tätä useampi oli saanut ratkaisukeinoja jonkin verran. Vanhempien ilmaisema kokemus on mielenkiintoinen, sillä noin joka neljäs vanhempi kertoi lapsen kuitenkin saaneen kavereita tai alkaneen ottaa kontaktia ikäisiinsä (taulukko 16). Myös vanhempien huoli lapsen kaverisuhteiden ongelmista väheni kuntoutuksen aikana (kuvio 13).

Kuntoutuksen jälkeistä tukea voidaan pitää perhekuntoutuksen toteuttamisen haasteena tulevaisuudessa. Noin kaksi kolmesta loppukyselyyn vastanneesta vanhemmasta olisi tarvinnut opastusta lapsen tulevaisuuden, esimerkiksi koulunkäynnin, suunnitteluun. Kuitenkin vain joka toinen heistä koki saaneensa kuntoutuksesta jonkin verran tai paljon tukea asiaan. Vastaavanlaista palautetta

¹³⁸ Sinkkonen 2001, 171.

Taulukko 16. Lapsessa tapahtunut muutos vanhempien arvioimana.

Muutos	Perheet (n = 66)	%
Tunne-elämä	31	47
Kaverisuhteet	16	24
Sosiaalisuus, toimeliaisuus	15	23
Keskittyminen, tarkkaavuus	14	21
Käyttäytyminen	12	18
Koulunkäynti	5	8
Jokin negatiivinen muutos	3	5

Kuvio 13. Vanhempien perhekuntoutuksesta saama tuki ja ohjaus.

1. Tuki lapsen vahvuuksien tunnistamiseen
2. Tuki, joka auttaa vanhempaa jaksamaan paremmin
3. Tuki lapsen tunnetilojen käsittelyyn
4. Tietoa lasten käyttäytymisestä ja lapsen kasvatuksesta
5. Keinoja kontaktin saamiseksi lapseen
6. Keinoja tukea lasta kaverisuhteiden ongelmassa
7. Opastusta lapsen tulevaisuuden (esim. koulutuksen) suunnitteluun
8. Tietoa lähimmästä hoito- tai viranomaistahosta, josta saa tarvittaessa apua

vanhemmat antoivat siitä tuen tarpeesta, joka koski tiedonsaantia kuntoutuksen jälkeisestä hoito- tai viranomaistahosta. Perheissä saattoi olla tiedossa jokin konkreettinen asia lapsen lähitulevaisuudessa, jonka ratkaisemiseen olisi tarvittu tukea. Tulokset kertoivat myös siitä, että lapsen kuntoutumisessa ja esimerkiksi koulunkäynnissä yleensäkin tulee eteen uusia vaiheita, joissa tarvitaan ammatti-ihmisen tukea.

Lasta auttaneet seikat. Vanhemmat pitivät tärkeinä lapsen yksilötapaamisia. Kahdenkeskisissä tapaamisissa ulkopuolisen henkilön kanssa lapsi sai mahdollisuuden puhua asioista, joista hän ei kotona välttämättä puhunut. Vanhemmat toivat esille myös ryhmään kuulumisen tärkeyden, mikä nuorelle oli erityisen merkittävä asia. Myös lapsen itsetuntemus kasvoi ryhmässä. Ryhmästä saatu vertaistuki auttoi lasta ja nuorta huomaamaan, ettei hän ollut ”erilainen”, vaan muutkin käyvät samanlaisia asioita läpi. Yhdessä tekemisestä sai itseluottamusta ja tunteen siitä, että osaa ja uskaltaa tehdä asioita.

Vanhempien mielestä myös toimintapainotteisuus, erilaiset kokemukset ja elämykset olivat tärkeitä. Toiminta ja käsillä tekeminen antoivat lapselle mahdollisuuden ilmaista itseään, jos rohkeus ei riittänyt puhumiseen. Toiminnan ja retkien välityksellä lapsi sai kavereita, joiden kanssa yhteydenpito saattoi jatkua myös kuntoutuksen jälkeen. Vanhempien mielestä lasta auttoi määrätietoinen ohjaaminen ja asioiden opettelu aikuisen tuella. Tärkeänä pidettiin esimerkiksi kaverin saannin ja leikin aloittamisen opettelua ja erilaisia käyttäytymiseen liittyviä harjoituksia. Esille nostettiin myönteisen palautteen ja kannustamisen merkitys ja se, että negatiiviseen käytökseen puututtiin vain tarvittaessa. Positiivisen palautteen avulla lapsen minäkuva parani.

Lasta auttoi se, että kuntoutuksessa oli mukana koko perhe ja että kuntoutus sisälsi yhdessä toimimista ja yhteistä ponnistelua. Kotikäynnit antoivat lapselle mahdollisuuden puhua avoimesti vaikeista asioista perheen omassa tutussa ympäristössä. Koulukäynneillä koulu ja tätä nuoremmilla päivähoito osoittautuivat tärkeiksi osiksi kuntoutuksellista toimintaympäristöä. Vanhemmat mainitsivat lasta auttaneen sen, että kuntoutus tuki yhteyksiä kouluun alusta lähtien. Hanke toimi vanhempien tukena yhteydenpidossa kouluun, minkä ansiosta koulussa osattiin toimia lapsen kanssa ja auttaa lasta oikeaan suuntaan. Muutama vanhempi piti tärkeinä asioina mm. lapsen kuulemistakin, lapsen kanssa neuvottelemista ja sopimusten käyttöä sekä strukturointia, asioiden kuvallista esittämistä ja

asioiden säännöllistä toistumista. Lasta auttoivat myös tunteista puhuminen, aito välittäminen ja se, että esimerkiksi monilapsisen perheen lapsi sai osakseen jakamatonta huomiota.

Vanhempia auttaneet tekijät. Vanhemmat pitivät kaikkein tärkeimpänä auttavana asiana vertaistukea. Jokaisen hankkeen vanhemmat korostivat kokemusten vaihdon tarpeellisuutta toisten vanhempien kanssa. Vertaistuki auttoi vanhempia saamaan uuden näkökulman ongelmiin. Vanhemmat pitivät merkittävänä asiana saamaansa ulkopuolista tukea vanhemmuuteen. Vastauksissa korostui myös perheille järjestetyn yhteisen toiminnan arvo. Vanhemmat pitivät tärkeänä, että kuntoutuksessa oli yhteistä, ohjattua perheenjäsenten toimintaa, erilaisten ongelmien ratkomista ja niistä selviämisen harjoittelua. Vanhempia auttoi jaksamaan myös se, että he saivat hankkeesta tukiverkon jakamaan huolta lapsesta ja kun perheen ja lapsen asia otettiin vakavasti, siihen paneuduttiin ja ryhdyttiin konkreettisiin toimenpiteisiin. Selkeiden toimintamallien merkitys nousi esille. Tärkeänä pidettiin lapsen käyttäytymisen hallinnan harjoittelua sekä saatuja vinkkejä johdonmukaiseen kasvatukseen ohjaamiseen. Vanhempiana jaksamista auttoi myös mm. saatu positiivinen palaute vanhemmuudesta tai tuki oman käytöksen muutokseen, säännöllinen asioiden pohtiminen, asioihin paneutuminen kotikäynneillä, mahdollisuus kysyä neuvoa sekä tiedon saanti vanhempia mietityttävistä asioista.

Kuntoutukselle esitetyt toiveet. Loppukyselyyn vastanneista vanhemmista joka neljäs oli sitä mieltä, että perhekuntoutus sisälsi liian vähän vertaistointia. Useampi kuin joka viides olisi toivonut kotikäyntiä tai perheen asioiden käsittelyä kotikäynneillä enemmän kuin oli mahdollista. Lähes yhtä suuren osan mielestä perhekuntoutukseen ei sisällynyt riittävästi työskentelyä muun viranomaisverkoston (esim. päivähoiton, koulun, sosiaalitoimen, terveydenhuollon) kanssa tai sitä ei ollut lainkaan, mutta yhteyksiä eri toimijoihin olisi toivottu. Muita vanhempien esittämiä toiveita olivat mm. pidempi kuntoutuksen kesto, nopeampi pääsy kuntoutukseen, useammat vanhempien tapaamiset ja tuen saanti vanhemmuuteen yhdessä puolison kanssa sekä työskentely koko perheen kanssa. Esimerkiksi pidempää kuntoutusta toivoivat ne vanhemmat, joiden lapsen kohdalla kuntoutus kesti selvästi alle vuoden tai noin vuoden.

Mikä toimi? Jyväskylän Perhekoulusta, Netti-projektista, Oulun Voimalasta sekä Koulutusa-vaimen, NeuroMentalin ja ODL:n Rovaniemen

hankkeesta loppukyselyyn vastasi vähintään joka toinen kuntoutuksen päättäneistä perheistä (liite 13). Jyväskylän Perhekoulu ja Koulutusavaimen hanke erottuivat vanhempien palautteen perusteella toimintamodoiltaan edukseen muista. Näiden hankkeiden toimintaan osallistuneista ja kyselyyn vastanneista vanhemmista muita useampi mainitsi jonkin lapsen tilanteesta tapahtuneen myönteisen muutoksen, yksilöi ja perusteli jonkin lasta ja jonkin vanhempaa jaksamista auttaneen asian sekä ilmaisi saaneensa paljon voimavaroja tukea lasta eteenpäin.

Jyväskylän Perhekoulun toimintamallissa lasta auttoi toiminnan määrätietoinen ohjaaminen ja asioiden opettelu aikuisen tuella sekä kannustaminen ja positiivinen palaute (palkinto). Vanhemmat saivat voimavaroja selkeistä toimintaohjeista ja vertaistuesta. Koulutusavaimen hankkeessa lasta auttoivat kahdenkeskiset yksilötapaamiset psykologin kanssa. Vanhemmat saivat ulkopuolista tukea vanhemmuuteen kotona ja heillä oli taho, jolta kysyä neuvoja arjen tilanteissa.

10 Vaikeudet ja keinot tavoitteisiin pääsemisessä

Perhekuntoutushankkeiden työntekijöiltä tiedusteltiin, mitä konkreettisia muutoksia hankkeet pyrkivät kuntoutuksen aikana saavuttamaan lapsessa, perheessä ja muissa toimijoissa. Työntekijöiltä kysyttiin myös sitä, olivatko ne kohdanneet vaikeuksia tavoitteisiin pääsemisessä sekä oliko esteitä onnistuttu poistamaan. Saadut vastaukset käsittelivät asiakkuuden muodostumista, perhekuntoutuksen kohderyhmää, kuntoutuksen toteuttamista sekä yhteistyötä verkostojen kanssa.

Asiakkuuden muodostuminen. Hankkeiden työntekijät kokivat ongelmalliseksi perheiden valinnan niiden moniongelmaisuuksien vuoksi. Kuntoutuksen käynnistymistä hankaloitti toisinaan B-lausunnon saamisen vaikeus ja Kelan kuntoutuspäätöksen viivästyminen. Tilannetta helpotti, jos valinnassa tehtiin yhteistyötä lähettäjätahon kanssa ja hyödynnettiin esimerkiksi lääkärin konsultaatiota.

Perhekuntoutuksen kohderyhmä. Kohderyhmä nähtiin vaativana varsinkin silloin, kun perheiden ongelmat liittyivät lastensuojeluun. Toisinaan yhteistyötä vaikeuttivat perheen aiemmat huonot kokemukset viranomaisten kanssa työskentelystä. Ongelmia pyrittiin ratkomaan palveluohjauksen ja viranomaisyhteistyön avulla. Jotkut nuoret olivat myös omaksuneet passiivisen, sairaan identiteetin

ja heitä pyrittiin auttamaan laatimalla realistinen kuntoutussuunnitelma ja korostamalla siinä nuoren vahvuuksien tunnistamista.

Kuntoutuksen toteuttaminen. Kuntoutukseen sitoutumista hankaloittivat lapsen, nuoren tai perheen motivaatio-ongelmat. Hankkeissa oli pyritty ratkaisemaan tilanne tiedottamalla sitoutumisen merkityksestä, selvittämällä ennakkoon perheen sitoutumismahdollisuuksia, motivoimalla perhettä ja tekemällä yhteistyötä verkostojen kanssa mm. osallistumalla kouluneuvotteluihin. Perheiden muutostavaraa pyrittiin vähentämään käyttämällä mm. psykoedukatiivista työotetta ja tiedottamalla muutoksen tuomista hyödyistä. Vanhempien kuormittumista, eristäytymistä, ajan ja voimavarojen riittämättömyyttä ja koettua hankaluutta työstää vanhemmuutta pyrittiin helpottamaan arjen järjestyksiä tukemalla, auttamalla vanhempia löytämään uusia ajattelutapoja ja ottamaan asiat puheeksi, korostamalla kahden lähiaikuisen kuntoutuksen osallistumisen tärkeyttä ja keventämällä kuntoutusohjelmaa. Muutamassa hankkeessa koettiin ongelmaksi se, ettei kuntoutuksessa ollut Kelan ohjeistuksen vuoksi mahdollista riittävästi joustaa tapaamismäärissä ja kuntoutuksen sisällöissä.

Yhteistyötahot ja verkostojen käyttö. Hankkeiden, hoitavan tahon ja muiden verkostojen odotukset kuntoutuksesta eivät aina yhtyneet. Esiintyi erilaisia näkemyksiä lapsen tarpeista ja ohjauskeinoista. Yhteisistä käytännöistä oli vaikea sopia. Hoitoon lähetävä taho saattoi vetäytyä omista toimenpiteistään kuntoutuksen ajaksi. Yhteistyötahojen toimintatavat saattoivat muuttua ja yleensäkin sektorirajat ylittävä yhteistyö oli joustamatonta. Hankalaksi koettiin myös perheen asioita hoitavien asiantuntijoiden runsaus. Yhteistyötahot olivat kuormittuneita, työntekijät uupuivat ja saattoivat vaihtua usein. Lapsen pääseminen täydentäviin tutkimuksiin saattoi olla hidasta. Tilannetta pyrittiin korjaamaan tiivistämällä vuorovaikutusta hoitavan tahon ja muiden verkostojen kanssa kutsumalla niiden edustajia ja päättäjiä tutustumaan hankkeiden toimintaan ja lisäämällä hankkeesta tiedottamista. Järjestettiin myös verkostoiltoja.

11 Odotukset terveydenhuollon ja koulun näkökulmasta

Kela järjesti neljä alueellista tilaisuutta perhekuntoutushankkeille ja niille terveydenhuollon edustajille, jotka olivat lähettäneet lapsia ja perheitä hankkeisiin. Tapaamiset pidettiin Kelan aluetoimistojen

tiloissa Oulussa (13.10.2007), Turussa (5.2.2008), Seinäjoella (6.3.2008) ja Helsingissä (13.5.2008). Tilaisuuksiin osallistui enemmän lasten kuin nuorten kanssa työskenteleviä terveydenhuollon edustajia. Myös hankkeisiin lapsia ja nuoria lähettäneiden eri organisaatioiden edustus vaihteli alueittain. Esimerkiksi Lounais-Suomen tilaisuudessa oli mukana paljon perhe- ja kasvatusneuvoloiden edustajia. Sekä Etelä-Suomen että Pohjois-Suomen tilaisuuksissa oli erityisesti lastenpsykiatrian edustajia eri toimintayksiköistä. Länsi-Suomessa tilaisuuteen osallistui paljon eri tahojen hoitohenkilökuntaa. Yhteen tilaisuuteen osallistui myös koulun edustajia.

Tilaisuuksissa läsnä olleille terveydenhuollon edustajille toimitettiin sähköpostitse kysely (liite 6), jossa tiedusteltiin kunkin edustaman organisaation lasten ja nuorten asiakasmääriä parin vuoden ajalta, perhekuntoutukseen lähettämistä, kuntoutuksen suunnitteluun osallistumista, odotuksia perhekuntoutuksesta sekä sitä, millaisten lasten arveltiin hyötyvän perhekuntoutuksesta. Etelä- ja Lounais-Suomesta vastaukset saatiin neljältätoista ja Pohjois- ja Länsi-Suomesta seitsemältä toimijataholta, eli yhteensä vastauksia saatiin 42. Jos usea henkilö samasta toimintayksiköstä lähetti yhteisen vastauksen, käsiteltiin tämä yhdeltä toimijataholta tulleen vastaukseksi. Vastausprosentiksi muodostui 95 %.

Liitteisiin 14 ja 15 on koottu lähettäjätahojen näkemyksiä siitä, millaiset lapset näyttäisivät hyötyvän perhekuntoutuksesta sekä millaisia odotuksia lähettäjätahoilla oli perhekuntoutuksen sisällöstä ja sen suuntaamisesta. Palautteen mukaan hyvin erilaisten lasten nähtiin hyötyvän perhekuntoutuksesta. Perheiden mukanaolon ja motivoituneisuuden merkitys nousi esille. Erilaiset työskentelymuodot, virkajan ulkopuolinen toiminta ja yleensäkin joustavuus nähtiin tarpeellisiksi. Esimerkiksi ryhmämuotoista kuntoutusta ja tiivistä perheiden kanssa työskentelyä pidettiin tärkeänä niin lastenpsykiatrian, kasvatus- ja perheneuvoloiden kuin myös muita lapsia hoitavien tahojen antamassa palautteessa. Perheiden kanssa tehtävän työn rinnalle tarvittiin palautteen mukaan kahdenkeskistä työskentelyä lapsen kanssa. Perheiden vuorovaikutuksen tukemiseen toivottiin tukea. Verkostotyön merkitystä korostettiin. Perhekuntoutusta pidettiin ehkäisevänä toimintana ja esimerkiksi nuorille hoidon jatkopaikkana. Perhekuntoutuksen työntekijöiltä toivottiin monipuolista osaamista.

12 Hyvät toimintakäytännöt

Hankkeiden hyviä toimintakäytäntöjä esitellään esimerkkien avulla. Tarkastelussa sovelletaan mukaillen opetusministeriön ja työministeriön EU-projektien hyvien käytäntöjen määrittelyssä käyttämiä käsitteitä, joiden tunnuspiirteiksi on asetettu toiminnan sosiaalinen tilaus, hankkeen toimivuus ja tuloksellisuus, mallinnettavuus ja tuotteistaminen, tilannesidonnaisuus, käytettävyyden ja hyödynnettävyys, siirrettävyys ja levitettävyyden sekä jaettu kehittämisvastuu¹³⁹. Kyseiset käsitteet antavat hyvien käytäntöjen tarkasteluun varsin monipuolisen näkökulman, koska niiden avulla on mahdollista tarkastella hyviä käytäntöjä laajemminkin kuin pelkästään kuntoutuksen sisällön osalta. Huomioon otetuksi tulevat myös toiminnan konteksti ja se, onko hyvä käytäntö (esim. mallinnettavuus ja tuotteistaminen) syntynyt nykyisen hankkeen vai jo aiemman toiminnan perusteella. Jokaisen hyvän käytännön tunnuspiirteen kohdalla esitetään hankkeista tyypillinen esimerkki tai tyypillisiä esimerkkejä, ja jokainen hanke on esillä vain yhdessä kohdassa. Hankkeiden sijoittuminen eri tunnuspiirteiden alle määräytyi osin sen mukaan, mikä juuri kyseisessä hankkeessa oli erityistä ja hyvää, mutta myös sen perusteella, että jokaisen hyvän käytännön tunnuspiirteen yhteyteen saatiin esimerkki.

Sosiaalinen tilaus (alue- ja kohderyhmä)

Lasten ja nuorten psykiatrinen moniammatillinen perhekuntoutus Kainuussa. Hankkeen toteutti Koulutusavain. Kohderyhmässä (9 osallistujaa) oli 5–14-vuotiaita, pääasiassa sellaisia lapsia ja nuoria, joilla oli käyttäytymisongelmia. Hanke lähti liikkeelle Kainuun keskussairaalapiirissä esiin noussesta kuntoutustarpeesta jo ennen Kelan tarjouskilpailua. Hankkeen työntekijöiden työskentelytavat olivat tuttuja lasten- ja nuorisopsykiatrian yksiköissä ja yhteistyölle löytyivät edellytykset yhteisen ajattelutavan ansiosta. Hankkeen ja lähettäjätahojen kesken suunniteltiin tiivis yhteistyö. Keskussairaalapiirin näkemyksen mukaan hanke tuotti lisäresursseja lastenpsykiatriseen kuntoutukseen Kainuun alueella ja vastasi osittain myös nuorisopsykiatrisen kuntoutuksen tarpeeseen. Lapsen lähiverkostoa (päivähoito, koulut) autettiin tukemaan lapsen psyykkistä kehitystä. Lapsen yksilölliset tarpeet ja oma näkökulma tulivat huomioon otetuiksi kah-

¹³⁹ Aro ym. 2004, 17–19; Uusikylä ym. 2006, 42–52.

denkeskisissä tapaamisissa, mikä oli keskeistä erityisesti nuoruusiässä oleville. Perhetyö yhdistettiin lapsen kanssa työskentelyyn.

Toimivuus ja tuloksellisuus (toimivat käytännöt, dokumentoidut tiedot, kustannustehokkuus)

Neuropsykiatrinen perhekuntoutus. Hankkeen toteutti NeuroMental Oy. Kohderyhmässä (35 osallistujaa) oli 9–25-vuotiaita lapsia ja nuoria, joilla oli neuropsykiatrisia oireita ja niiden liitännäisoireita. Hankkeessa oli kehitetty perheiden kuntoutuksen edistymisen seuranta, jota toteutettiin monipuolisilla menetelmin. Käytettiin mm. psykologisia ja puheterapeutin testimenetelmiä, oirekyselyitä ja lapsen kehitysarvioita sekä perheen kokemusten ja tyytyväisyyden kartoituksia. Säännöllisin väliajoin tehdyt seurannat mahdollistivat kuntoutuksen tavoitteiden tarkastelun kuntoutusprosessin aikana. Jokaisella perheellä oli vastuukuntouttaja, joka seurasi edistymistä ja oli tarvittaessa puhelimitse tavoitettavissa. Hanke myös pyrki tekemään tunnetuksi käyttämiään kuntoutuskeinoja ja ohjaamaan niiden soveltamisessa mm. kouluja ja perheneuvoloita.

Sosiaalisen vuorovaikutuksen ryhmäkuntoutuksen lähimalli Oulussa. Hankkeen toteutti ODL Terveys Oy. Kohderyhmässä (19 osallistujaa) oli 8–12-vuotiaita lapsia ja nuoria, joilla oli neuropsykiatrisia oireita. Hankkeen yksi toimintamuoto olivat neljä kertaa vuodessa järjestettävät perhepäivät. Ne ajoitettiin viikonloppuihin, jotta mahdollisimman moni perhe ja perheenjäsen pystyi osallistumaan tapaamiseen. Perhepäivien alussa oli yhteistä toimintaa kaikille perheille. Päivään sisältyi lapsille omaa ohjattua toimintaa pienryhmissä. Ryhmissä otettiin huomioon kuntoutettavat lapset ja erikseen sisarukset. Vanhemmille oli järjestetty omia keskusteluryhmiä, esitelmiä ja ryhmätöitä. Päiväohjelmaan kuului myös yhteinen ruokailu. Tärkeää oli kodikas, lapsille luonnollinen ympäristö, joka ei ollut laitostmainen. Perhepäivään sisältyi monia hyvän kuntoutuksen tunnusmerkkejä: päivän aikana 1) perheille oli järjestetty yhteistä toimintaa ja pohdittiin kasvatuskeinoja, 2) lapset harjoittelivat kavereiden kanssa olemista, 3) kehitettiin lasten mielenkiintoa yleisiin asioihin ja rohkeutta uusiin kokemuksiin, 4) tarjottiin vanhemmille vertaistukea puhumalla arjen selviytymiskeinoista ja kannustamalla toinen toista, 5) tuettiin vanhempien jaksamista rauhallisissa puitteissa, 6) edistettiin vanhempien ja ammatti-ihmisten yhteistoimintaa ja 7) välitettiin

tietoa siinä muodossa, että sitä voitiin soveltaa arjen käytännöiksi.

Lasten ja nuorten ryhmämuotoinen perhekuntoutus. Hankkeen toteutti Mannerheimin Lastensuojeluliiton Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö, Kuntoutus- ja kehittämiskeskus Huvitus. Kohderyhmässä (81 osallistujaa) oli 5–14-vuotiaita, pääasiassa sellaisia lapsia ja nuoria, joilla oli neuropsykiatrisia oireita. Hanke oli luonut hyvän käytännön ryhmämuotoiselle perhekuntoutukselle, johon kuului laitos- ja avojaksoja. Työskentely kohdistui perheenjäsenten määrittelemiin, muutosta edellyttäviin asioihin. Kuntoutus muodosti prosessimaisesti etenevän kokonaisuuden. Jaksoilla, joihin osallistui 4–6 perhettä, oli ohjelmaa lapsille, vanhemmille ja sisaruksille erikseen sekä kaikille yhdessä. Ohjelmaan sisältyi lasten toimintaryhmiä, vanhempien keskusteluryhmiä ja kaikkien perheiden yhteisiä toimintoja (liikuntaa, leikkejä, retkiä, käsitöitä tai taidepainotteista toimintaa). Toiminnallisen työtavan tavoitteena oli saada lapsille onnistumisen kokemuksia perheenjäsenen kanssa ja ryhmässä. Ryhmätoimintaan vaikutti liiton piirissä kehitetty ohjaavan kasvatuksen ajattelutapa, joka korosti mm. oppimista, toisen kohtaamista ja kuuntelua, itsetuntemuksen lisäämistä sekä ongelmanratkaisua. Toiminnoissa oli mahdollisuus hyödyntää myös videoavusteista perheohjausta. Toiminta edellytti kokenutta henkilöstöä, jolla oli yhteinen tausta-ajattelu ja työkäytännöt, joihin oli pyritty henkilöstökoulutuksen avulla.

Mallinnettavuus ja tuotteistaminen (toimintamalli tuotteena, perusteellinen dokumentointi)

Jyväskylän Perhekoulu. Hankkeen toteutti Niilo Mäki Instituutti. Kohderyhmässä (14 osallistujaa) oli 5–7-vuotiaita lapsia, joilla oli aktiivisuuden ja tarkkaavuuden ongelmia. Toiminta perustui nk. Perhekoulun käsikirjaan¹⁴⁰ eli jo aiemmin tuotteistetun toimintamallin soveltamiseen. Lapsia tutkittiin prosessin alussa yksilöllisesti. Muu varsinainen toiminta koostui samanaikaisesti omissa tiloissaan kokoontuvista vanhempien ja lasten ryhmistä (10 x 3 tuntia). Vanhempien ryhmässä käsiteltiin käsikirjan mukaisia teemoja ja kotitehtäviä. Lasten ryhmä toimi avustajien vetämänä strukturoidusti ja ryhmän kokoonpano oli sama jokaisella kerralla. Lasten ryhmän avustajat toimivat vanhemmille opetettavien toimintaperiaatteiden mukaan tukien vanhempia uusien menetelmien käyttöönotossa.

¹⁴⁰ Sandberg ym. 2004.

Ryhmän toimintaa peili-ikkunan takaa havainnoi-va työntekijä ohjasi toimintaa ja antoi tarvittaessa ohjeita avustajille. Verkostoiltaan vanhemmat kutsuivat lapselle tärkeitä sukulaisia ja muita aikuisia esimerkiksi päivähoitosta. Kuntoutuksen edistymistä selvitettiin perheen tapaamisten sekä vanhempien, lapsen ja päiväkodin henkilöstön täyttämien lomakkeiden avulla. Jokainen perhe tavattiin yksilöllisesti ennen kuntoutusta ja sen jälkeen. Seurannat toteutettiin kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua kuntoutuksen päättymisestä. Vastaavan tyyppistä toimintaa on toteutettu jossain muodossa muuallakin Suomessa. Toimintamallin spesifisyys vaatii henkilöstön kouluttamista, yhteisymmärrystä ja sitoutumista.

Tilannesidonnaisuus (eri toimijoihin ja olosuhteisiin liittyvien tekijöiden huomioon ottaminen)

Sosiaalisen vuorovaikutuksen ryhmäkuntoutuksen kaukomalli Lapissa. Hankkeen toteutti ODL Terveys Oy. Kohderyhmässä (8 osallistujaa) oli 7–11-vuotiaita lapsia, joilla oli neuropsykiatrisia oireita. Hankkeessa otettiin huomioon eri toimijoihin ja olosuhteisiin liittyvät tekijät hyvin, koska kuntoutusta annettiin kunkin lapsen kotipaikkakunnalla. Perhekuntoutuksessa nähtiin keskeiseksi perheen arkipäivän ja viranomaisverkostojen tukeminen. Perhekuntoutuksen kaukomalli pystyi tarjoamaan kunta-, koulu- ja kotikäyntejä lapselle, koko perheelle ja myös viranomaisverkostolle Lapin maakunnassa. Hankkeen työntekijöiden oli mahdollista mennä perheen kotiin ja verkostoitua, mikä lisäsi tasa-arvoa palvelujen saannissa läänin eri osissa.

Netti – Nuorten elämys- ja toimintapainotteinen tukiprojekti. Hankkeen toteutti Huoltoliitto ry:n Kunnanpaikka. Kohderyhmässä (27 osallistujaa) oli 13–16-vuotiaita, pääasiassa sellaisia nuoria, joilla oli masennusta tai ahdistuneisuusongelmia. Hanke oli suunnattu 7.–9.-luokkalaisille ikätoverisuhteista vetäytyville ja syrjäytymisvaarassa oleville nuorille, joille alueella ei ollut vastaavaa palvelua. Tavoitteena oli varhainen puuttuminen nuorten tilanteeseen. Tästä syystä koulun merkitys hankkeen yhteistyökumppanina ja mm. kuntoutukseen lähettäjänä tuli korostuneesti esille. Toiminnan kohdistaminen lähinnä nuoriin perustui siihen hankkeen tekemään havaintoon, että nuoren tilanteen helpottaminen auttoi koko perhettä. Hankkeesta saadut kokemukset osoittivat, että hankkeen rekrytointialueen tulisi olla riittävän laaja nuorten kokoamiseksi. Monipuolinen alueympäristö ja harrastukset edis-

tivät ohjelman toteuttamista. Käytettävissä tuli olla myös tilat laitospäijaksolle. Työntekijöiltä vaadittiin nuoria innostavaa asennetta, joustavuutta työajoissa sekä työryhmän toisia jäseniä tukevaa työotetta. Toimintaympäristön koulut ja terveydenhoito oli saatava hyvään yhteistyöhön keskenään sekä hankkeen kanssa.

Käytettävyys ja hyödynnettävyys (toiminnan laaja hyödyntäminen ja perustoimintaan soveltaminen)

Kainuun perhekuntoutushanke. Hankkeen toteutti Kainuun koulutus- ja terapiapalvelu. Kohderyhmässä (7 osallistujaa) oli 12–15-vuotiaita, pääasiassa sellaisia nuoria, joilla oli käyttäytymisen ongelmia. Hankkeessa toteutettiin pitkäkestoista (18 kk) perheterapiaa ja työskenneltiin lapsen, vanhempien, sisarusten ja perheen lähiverkoston (esim. isovanhempien ja koulun) kanssa. Kuntoutus järjestettiin kotona, jossa perheen todellinen tilanne tuli näkyviin ja sitä kautta ymmärrettiin paremmin lapsen oireilua. Mukaan saatiin myös sellaisia nuoria, jotka aikaisemmin olivat käyneet yksilöterapiassa vain satunnaisesti tai lopettaneet sen. Vanhempien ja sisarusten osallistumisen myötä nämäkin nuoret sitoutuivat toimintaan. Kuntoutuksen kehittämisessä pidettiin tärkeänä sitä, että lasta ei pitäisi auttaa irrallisena siitä ympäristöstä, jossa hän elää, ja että yksilökeskeinen toiminta on yksin riittämätön vastaamaan vaikeissa tilanteissa olevien perheiden tarpeisiin. Hankkeen kehittämä työskentelytapa soveltuu intensiivistä ja kokonaisvaltaista kuntoutusta tarvitsevien perheiden tukemiseen. Sen toteuttamisen edellytyksenä on avoimuuksipainotteinen ja voimavarakeskeinen työskentelyote. Toiminnan laajempi hyödyntäminen ja soveltaminen voisi tarkoittaa sitä, että ainakin ennen yksilöterapioiden alkua jokaisen lapsen kohdalla olisi selvittelyjakso, jonka aikana perehdyttäisiin lapsen elinympäristöön kotona. Perhenäkökulma jäisi pois vain perustellusta syystä.

Lasten ja nuorten perhekuntoutus Länsi-Pohjassa. Hankkeen toteuttivat yksityiset ammatinharjoittajat. Kohderyhmässä (6 osallistujaa) oli 9–13-vuotiaita, pääasiassa sellaisia lapsia ja nuoria, joilla oli käyttäytymisongelmia. Merkittävä osa perheistä oli ollut erikoissairaanhoidon asiakkaita, ja vertaistuen merkitys tälle kohderyhmälle oli tärkeää. Laitospäijaksien vertaisryhmissä otettiin huomioon perheiden tarpeet. Käytössä oli iso valikoima työvälineitä, mm. ylivillkkaiden lasten vanhemmille suunniteltu valmennusohjelma (otteita Perhekoulusta), vanhem-

muuden ja parisuhteen roolikartta sekä vanhempien omaan jaksamiseen ja mielenterveyden ylläpitämiseen liittyviä harjoituksia. Lasten oli mahdollista oppia ja kehittää vuorovaikutustaitojaan ryhmissä. Lapsia ohjattiin ja tuettiin iälle ominaisiin ja ikää vastaaviin leikkeihin ja ilmaisuihin luovan toiminnan menetelmin, ja heille pyrittiin antamaan onnistumisen kokemuksia. Vanhempien ryhmissä tärkeää olivat yhteinen keskustelu ja kokemusten jakaminen. Luottamus ryhmään syveni kuntoutuksen edetessä. Osa perheistä oli aloitusjakson jälkeen keskenään tekemisissä tutustuttuaan toisiinsa vertaisryhmissä. Hankkeen toiminnan laajempi soveltaminen voisi liittyä vertaistoiminnan hyödyntämiseen.

Sosiaalisen vuorovaikutuksen ryhmäkuntoutuksen lähimalli Rovaniemellä. Hankkeen toteutti ODL Terveys Oy. Kohderyhmässä (12 osallistujaa) oli 7–12-vuotiaita lapsia ja nuoria, joilla oli neuropsykiatrisia oireita. Yhteistyö koulun kanssa aloitettiin lapsen tilanteesta riippuen mahdollisimman pian perhekuntoutuksen käynnistyttyä. Tavoitteena oli kartoittaa lapsen kuntoutustarve ja luoda lapsen, vanhempien ja opettajan kanssa yhteisiä toimintatapoja ja yhteinen näkemys lapsen tukemisesta. Kouluseurantakäyntejä järjestettiin 3–4. Niiden avulla kartoitettiin lapsen selviytymistä koulupäivästä, tehtiin havaintoja koulutunneilta, sosiaalisista tilanteista ja kouluavustajan tai opettajan ja lapsen yhteistyöstä. Opettajille ja kouluavustajille annettiin työnohjausta ja konsultaatiota ja tarjottiin mahdollisuus osallistua vertaisryhmiin. Koulun käytäntöihin vietiin myös luokkakaveritoimintaa, jolloin luokan opettaja pyrki tukemaan lasten keskinäistä vuorovaikutusta. Hankkeen toimintamuodon laajempi hyödyntäminen voisi kohdistua koulun kanssa tehtävään yhteistyöhön.

KuKa-projekti. Hankkeen toteutti Oulun Diakoniasalaitoksen Säätiö. Kohderyhmässä (19 osallistujaa) oli 16–25-vuotiaita nuoria, joilla oli mielialahäiriöitä tai masennusta. Vuoden kestäväan kuntoutusprosessiin, jonka pääasiallisena sisältönä olivat laitostuntoutusjaksot (5 vrk + 12 vrk), nuorten vertaisryhmät ja nuoren yksilökäynnit, oli organisoitu myös säännöllinen verkostojen kanssa työskentely nuoren kotipaikkakunnalla. Jokaiselle nuorelle järjestettiin kolme kuntoutuspalaveria, joiden avulla sitoutettiin verkosto nuoren kuntoutumisen tueksi sekä sovittiin kuntoutusvastuista ja mahdollisesta jatkotuesta kuntoutuksen jälkeen. Palaverissa oli aina mukana hoidosta vastaava taho ja yksilöllisen tarpeen mukaan sosiaali-, opetus- ja työvoimatoimen henkilöitä sekä Kelan edustaja, hankkeen taholta kaksi edustajaa sekä nuori ja nuoren lähiai-

kuinen (esim. vanhempi, muu omainen). Hankkeen työpari huolehti siitä, että nuoren kuntoutumista tukeva tieto, mukaan lukien laitostuntoutusjaksoilla tehdyn kuntoutustutkimuksen anti, vietiin kotipaikkakunnan verkostotoimijoiden käyttöön. Tällaisen toimintatavan hyödyntäminen ja soveltaminen olisi tärkeää muuallakin.

Siirrettävyys ja levitettävyys (toimintoja siirrettävissä ja levitettävissä)

Voima-projekti. Hankkeen toteutti Privatim Ay. Kohderyhmässä (12 osallistujaa) oli 11–15-vuotiaita, pääasiassa sellaisia lapsia ja nuoria, joilla oli neuropsykiatrisia oireita tai ahdistuneisuushäiriöitä. Kuntoutuksessa samat työntekijät integroivat yksilö-, perhe-, ryhmä- ja verkostotyön näkökulmia yhtä aikaa. Kuntoutuksen sisältö oli perhetilanteen mukaisesti joustava. Koska kuntoutus ei sisältänyt sinänsä uusia lähestymistapoja, toiminnan levittäminen myös muualle voisi tulla kysymykseen. Edellytyksenä voidaan pitää sitä, että työntekijöillä on monipuolinen ja laaja kokemus ja kyky lähestyä asioita eri näkökulmista ja että onnistutaan löytämään keskenään yhteistyökykyinen työryhmä. Voima-projektissa kaikki työntekijät olivat perheterapeutteja, joiden muu koulutustausta vaihteli. Hankkeen kaltaisella perhekuntoutuksella voisi olla annettavaa esimerkiksi varhaisen puuttumisen ongelmiin. Toimintatapa voisi sopia kunnan perhetöihin, jos ryhmä olisi riittävän suuri.

Lasten ja nuorten Voimala. Hankkeen toteutti Osuus-kunta Toivo. Kohderyhmässä (329 osallistujaa) oli 5–24-vuotiaita, pääasiassa sellaisia lapsia ja nuoria, joilla oli ahdistuneisuutta, käyttäytymisongelmia tai masennusta. Hanke toteutettiin Helsingissä, Kotkassa, Oulussa ja Tampereella, mikä jo sinälläänkin kertoo toiminnan levitettävyyden mahdollisuuksista. Eri alueilla tapahtuva toiminta muokkaantui jossain määrin kohderyhmän ja työntekijöiden koulutus- ja kokemustaan mukaan. Yhteistä toiminnalle oli se, että kuntoutukseen sisältyi yksilö-, perhe-, ryhmä- ja koulukäynteinä sekä verkstopalaverina toteutettua moniammatillista neuvontaa, ohjausta ja terapiaa. Koulutustaustojen ja niihin jossain määrin sidoksissa olevien toimintojen eroavuuksista huolimatta työntekijöiden työotteita yhdisti voimavara- ja ratkaisukeskeisyys. Hanke pyrki tarjoamaan ”välimaaston” palveluja ja joustavoittamaan palveluntarjontaa. Hankkeessa korostui varhainen puuttuminen koulun ja terveystieteiden toimiessa useimmiten lapsen ja nuoren kuntoutukseen lähet-

täjänä. Hankkeessa oli havaittavissa myös sosiaalista tilausta siinä mielessä, että erityisesti pääkaupunkiseudulla oli kova pula lasten ja nuorten ”matalan kynnyksen” mielenterveyspalveluista.

Jaettu kehittämisvastuu (yhteinen kehittämisvastuu)

Useimmat hankkeet olivat toteuttaneet jo ennen vuotta 2005 jotain vastaavan tyyppistä toimintaa, johon yhteistyökumppanit olivat saattaneet osallistua jossain määrin. Toimikaudesta 2005–2006 kaikki hankkeet kuitenkin ilmoittivat, että varsinainen toiminnan kehittämisvastuu lankesi yksin hankkeelle.

13 Yhteenveto kehittämishankkeesta ja johtopäätökset

Lasten ja nuorten hyvinvoinnista on maassamme oltu huolestuneita viime vuosina. Tutkimukset osoittavat, että lähes viidesosalla kouluikäisistä lapsista on jonkinasteisia mielenterveysongelmia. Nuoruusiässä ongelmia on katsottu esiintyvän vieläkin enemmän. Lastensuojeluasiakkaiden määrä sekä lasten ja nuorten psykiatristen avo- ja laitoshoitopalvelujen käyttö on kaksin-, kolminkertaistunut siirryttäessä 2000-luvulle. Lisääntyneestä palvelujen käytöstä huolimatta osa lapsista ja nuorista jää edelleen hoitamatta. Kysymykseksi on noussut, miten voitaisiin oikea-aikaisesti tukea lasten ja nuorten mielenterveyttä ja turvallista kehitystä sekä perheiden hyvinvointia. Ongelmaksi tilanteessa on nähty lapsia, nuoria ja heidän perheitään palvelevan järjestelmän rakenteen sekavuus, riittävyys ja alueelliset erot. Mielenterveyspalveluiden perustason ja erikoissairaanhoidon tehtävät ja työnjaot ovat epäselvät, resursseista on pulaa ja alalla on tapahtunut ja tapahtuu suuria organisatorisia muutoksia, jotka vaihtelevat alueittain.

Lasten ja nuorten mielenterveyden edistämiseksi on valtakunnallisella tasolla luotu erilaisia kehittämisohjelmia. Kela käynnisti vuonna 2000 harkinnanvaraisena kuntoutuksena lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen. Vuonna 2005 lasten ja nuorten perhekuntoutuksen kehittämishankkeen piiriin kuului 11 palveluntuottajaa eri puolilta Suomea. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli lapsen ja nuoren toiminta- ja opiskelukyvyn parantaminen ja turvaaminen sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen ja perheen tukeminen. Tavoitteena oli tiivistää yhteistyötä terveydenhuollon sekä sosiaali- ja koulutoi-

mien kanssa ja näin pyrkiä edistämään alueellisten, toimivien palvelujen syntymistä lasten ja nuorten mielenterveyden edistämiseksi.

Kelan perhekuntoutushankkeiden ulkoinen arviointi asetettiin Lapin yliopiston ja Kuntoutussäätiön tehtäväksi. Tässä väliraportissa käsitellään arvioinnin nk. ensimmäisen vaiheen toteutusta eli hankkeiden toimintaa vuosina 2005–2006. Arvioinnissa käytetty aineisto kerättiin perhekuntoutushankkeilta, kuntoutukseen osallistuneilta perheiltä ja hankkeisiin lapsia ja nuoria lähettäneiltä tahoilta.

Arvioitavat perhekuntoutushankkeet olivat hyvin erikokoisia. Suurimpaan hankkeeseen osallistui tarkasteluvuosina yli 300 lasta ja pienimpiin hankkeisiin 6–14 lasta perheineen. Myös lasten ikä ja diagnoosit vaihtelivat hankkeittain. Lapset olivat etupäässä 7–15-vuotiaita, mutta joissakin hankkeissa oli myös tätä nuorempia tai vanhempia lapsia. Runsaalla viidesosalla lapsista esiintyi neuropsykiatrisia oireyhtymiä. Myös erilaiset käyttäytymisongelmat, ahdistuneisuushäiriöt ja masennus olivat melko yleisiä. Havaittiin myös, että ongelmat painoutuivat eri tavoin pojilla ja tytöillä sekä eri tavoin lapsilla ja nuorilla. Perhekuntoutukseen osallistuneilla pojilla oli tyttöjä enemmän neuropsykiatrisia oireyhtymiä sekä käyttäytymisongelmia ja tytöillä enemmän ahdistuneisuutta ja masennusta kuin pojilla. Lapsilla esiintyi enemmän neuropsykiatrisia oireyhtymiä ja käyttäytymishäiriöitä, ja nuorilla enemmän ahdistuneisuutta ja masennusta.

Perhekuntoutuksessa ja perhetyössä on keskeistä perheen huomioon ottaminen lapsen kuntoutuksessa. Perheiden ja lasten kuntoutukseen osallistumistavat vaihtelivat hankkeittain. Käytännössä oli paljon eroja, joskin myös samankaltaisuuksia. Osassa hankkeista toiminta painottui lapsen yksilötapaamisiin sekä muuhun työskentelyyn lapsen kanssa tai perhekäynteihin. Osassa hankkeista toiminnan pääpaino oli lasten tai lasten ja vanhempien ryhmätoiminnoissa. Muutamassa hankkeessa kuntoutus painottui perheterapiaan tai yleensäkin perhetapaamisiin sekä lapsen ja vanhempien yhteistapaamisiin. Myös kuntoutuksen kestossa ja intensiteetissä oli eroja. Kesto vaihteli runsaasta puolesta vuodesta kolmeen vuoteen ja intensiteetti säännöllisistä, tiheistä tapaamisista harvempitahtiin tapaamisiin lasten ja perheiden kanssa.

Lasten ja nuorten perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arvioinnin tehtävä oli tuottaa päätöksenteon pohjaksi tietoa, jota Kela ja muut tahot (esimerkiksi kunnat ja sosiaali- ja terveysministeriö)

voisivat hyödyntää pyrkiessään kehittämään perhekuntoutuksen palveluja. Arvioinnin ensimmäinen vaihe nosti pohdittavaksi seuraavat keskeiset kysymykset:

1. Muodostuiko perhekuntoutushankkeisiin hyviä valintakäytäntöjä?
2. Syntyikö hankkeissa lasten ja nuorten kuntoutumista tukevia toimintakäytäntöjä tai toimintamallin osia?

13.1 Valintakäytännöistä

Valintakriteerit. Kelan perhekuntoutus oli tarkoitettu 5–15-vuotiaille lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen ja poikkeustapauksessa 16–25-vuotiaille. Kela edellytti, että perhekuntoutukseen osallistuvilla lapsilla oli psykiatrinen sairaus ja hoitokontakti ennen kuntoutuksen alkamista. Hankkeet asettivat perheiden kuntoutukseen osallistumiselle myös omia kriteerejä. Joissakin hankkeissa osallistujilta edellytettiin tiettytyypisiä ja samankaltaisia ongelmia (esim. ADHD, Aspergerin oireyhtymä) tai vaadittiin perheen sitoutumista kuntoutukseen, lapsen kykyä olla ryhmässä tai sitä, etteivät perheen ongelmat olleet kovin akuutteja tai liian moninaisia.

Keskeiseksi tekijäksi kaikissa hankkeissa nousi kuntoutukseen osallistuvan perheen ja lapsen motivaatio. Tulosten saavuttamiseksi vanhemmilta edellytettiin esimerkiksi sitä, että he olivat valmiita puuttumaan lapsensa tilanteeseen ja tarkastelemaan omaa suhdettaan ja suhtautumistaan lapseensa. Jos vanhemmilla ei ole näitä valmiuksia eikä nuorella motivaatiota muutokseen, tuloksiin on vaikea päästä. On vaikea sanoa, missä vaiheessa motivaation tulisi syntyä. Voidaan kysyä, pitäisikö motivaatiota olla jo ennen perhekuntoutuksen alkamista vai olisiko esimerkiksi perhekuntoutuksen alkuun syytä varata henkilöresursseja, joiden avulla motivaatiota pystytään tarvittaessa kohentamaan. Silloin perhekuntoutuksen keinoin voitaisiin tavoittaa kaikkein haasteellisimmatkin, mutta yhtä lailla tukea tarvitsevat perheet.

Kuntoutukseen lähettäminen. Monet tahot, kuten lasten- ja nuortenpsykiatrian poliklinikat, lastenneurologian poliklinikat, perheneuvolat ja yksityiset lääkärit, lähettivät lapsia ja nuoria kuntoutukseen. Erityisesti kahdessa hankkeessa myös koulusta ja terveyskeskuksesta lähetettiin usein lapsia kuntoutukseen. Kela lievensi kehittämishankkeen aikana kantaansa siitä, että lähetteen kuntoutukseen pitäisi

tulla erikoissairaanhoidon taholta, mikä mitä ilmeisimmin lisäsi mm. kouluista tulleiden perhekuntoutusläheteiden osuutta. Kriteerin lieventäminen oli ongelmien varhaisen puuttumisen kannalta merkityksellistä. Varhainen puuttuminen lasten mielenterveysongelmiin koettiin sekä hankkeissa että niihin lapsia lähettäneiden terveydenhuollon edustajien palautteissa tärkeäksi.

Kohderyhmä. Perhekuntoutuksen kohderyhmä muodostui huomattavan heterogeeniseksi. Käyttäytymishäiriöiden, ahdistuneisuuden ja mielialahäiriöiden ohella neuropsykiatriset oireyhtymät olivat perhekuntoutukseen osallistuneilla lapsilla ja nuorilla varsin yleisiä. Tulos on samansuuntainen aiempien lasten ja nuorten mielenterveysongelmia kartoittaneiden tutkimustulosten kanssa. Muutama perhekuntoutushanke oli erikoistunut niiden lasten ja nuorten palveluihin, joilla oli neuropsykiatrisia oireyhtymiä. Näin muotoutunut kohderyhmä kuvasti osin hankkeiden toiminta- ja osaamisalueita.

Kohderyhmän heterogeenisuus tuli esille lasten ja nuorten elinolojen ja sosiaalisten olosuhteiden osalta. Osassa hankkeista lapset olivat oireidensa ja perhetilanteidensa vuoksi monella tavalla vaativia ja haastavia. Perhekuntoutuksessa oli mukana mm. lastensuojelun piirissä olevia perheitä. Perheitä asui syrjäseuduilla, joissa välimatkat sairaalapaikkakunnille olivat pitkiä ja ilman kotipaikkakunnalle suuntautuvaa perhekuntoutusta lapsen tai nuoren kuntoutus olisi jäänyt ainakin osittain toteutumatta.

Kohderyhmä oli heterogeeninen myös iältään. Voimaloissa, MLL:n ja Koulutusavaimen hankkeessa sekä Jyväskylän Perhekoulussa kohderyhmään kuului myös päivähoitoikäisiä lapsia. Kuntoutuminen voi tapahtua tehokkaasti, jos lapsen kehitykseen ja oireisiin päästään vaikuttamaan varhain ja monia väyliä (ml. päivähoito) myöten. Lapsen valmiudet koulunkäyntiin voivat parantua olennaisesti, jos vanhemmat kytketään jo ennakoivasti mukaan lapsen koulunkäynnin suunnitteluun ja yhteistyöhön koulun kanssa.

Kohderyhmän laajenemista ja hankkeiden monipuolisia toimintakäytäntöjä voidaan pitää myönteisenä asiana siinä mielessä, että palvelut tavoittivat varsin laajan kirjon eri tavalla oireilevia ja erilaisissa oloissa eläviä lapsia ja heidän perheitään. Terveydenhuollon edustajilta saadun palautteen mukaan hyvin monella tavalla oireilevat lapset hyötyivät perhekuntoutuksesta. Nuoria koskevia palautteita saatiin vähemmän kuin lapsia koskevia, joten nuorten kannalta asiaa on vaikeampi arvioida.

Kohderyhmän laajenemisessa kysymys on ennen kaikkea siitä, puhutaanko vastedes Kelan psykiatrisesta perhekuntoutuksesta vai määritelläänkö kuntoutus esimerkiksi toiminnan muodon mukaan monialaiseksi perhekuntoutukseksi.

Valintaprosessi. Valintaprosessista nousi esille erityisesti kaksi asiaa. Ensinnäkin Kelan kuntoutuspäätösten tekeminen saattoi kestää kohtuuttoman kauan joillakin suurilla paikkakunnilla. Toiseksi varsinkin ryhmämuotoisen kuntoutuksen valintaprosessia hankaloitti toisinaan se, että jonotusaika ”sopivaan” ryhmään saattoi venyä jopa vuodeksi ja tänä odotusaikana lapsen tilanne muuttua ratkaisevasti. Valintaprosessi voi näistä syistä muodostua nykyisellään varsin ennalta arvaamattomaksi sekä perheen että hankkeen toiminnan kannalta ja vaatii huomion kiinnittämistä kehittämishankkeen jatkoon suunnittelussa. Asian tärkeys vain korostuu, kun kysymys on vaikeasti oireilevista lapsista, joille muutama kuukausikin saattaa olla pitkä aika¹⁴¹.

13.2 Kuntoutumista tukevia toimintakäytäntöjä

Hankkeissa kehitettiin erilaisia perheen ja lapsen kuntoutumista tukevia toimintakäytäntöjä. Seuraavaan luetteloon on aihealueittain koottu keskeisiä esiin nousseita asioita:

Kuntoutussuunnittelu

- Perhe, palvelujentuottaja (hanke) ja lähettäjätaho laativat yhdessä yksilöllisen kuntoutussuunnitelman ja muokkaavat sitä tarpeen mukaan kuntoutusprosessin aikana.
- Tavoitteet asetetaan yhdessä em. tahojen kanssa ja niiden toteutumista seurataan.
- Sovitaan muutoinkin kuntoutuksen edistymisen säännönmukaisesta ja jatkuvasta seurannasta (väliarviot); voidaan nimetä esim. vastuukuntouttaja, jonka puoleen perhe voi kääntyä ja joka toimii yhdyshenkilönä työryhmän jäsenille.
- Laaditaan kirjallinen loppupalaute; perhe, hanke ja hoito- ja lähettäjätaho pitävät siirto-neuvottelun ja sopivat kuntoutuksen päättyessä mm. jatkotuesta.

Kuntoutussuunnittelussa on keskeistä, että se sisältää palveluntuottajan (hankkeen), lapsen tai nuoren ja hänen perheensä sekä lähettäjätahon yhteisen tavoitteenasettelun, kuntoutussuunnitelman laatimisen, kuntoutumisen edistymisen seurannan ja tarvittaessa kuntoutuksen jälkeisestä jatkotuesta sopimisen. Kuntoutussuunnitelma on monivaiheisen prosessin tulos ja työväline lapsen kasvun, toiminnan ja osallistumisen tukena¹⁴². On huomattava, ettei kuntoutuksen ja muiden tukitoimien käytännön toteutus siirry lähetteen myötä¹⁴³, eikä perheen mahdollisesti edelleen tarvitsema tuki järjesty kuntoutuksesta saadulla kirjallisella palautteella. Verkostossa vastuun tulee aina siirtyä jollekin ihmiselle, ei organisaatiolle¹⁴⁴.

Kuntoutukseen osallistuminen, kesto ja intensiivisyys

- Lapsen molempien vanhempien (tai lähiaikuisien) mukaan saaminen on tärkeää.
- Koko perheelle olisi suotava mahdollisuus osallistua, mikäli perhe niin toivoo (esim. sisaruset), samalla pystytään vaikuttamaan perheen eri jäseniin.
- Kuntoutuksen kestossa ja intensiivisyydessä tarvitaan joustavuutta perheiden tarpeiden mukaan (esim. perheen kotipaikan, liikkumismahdollisuuksien, ongelmien akuutisuuden, toimintamallin rakenteen ja sisällön vaatimien seikkojen huomioon ottaminen).

On tärkeää, että myös lapsen ja nuoren perheenjäsenet osallistuvat kuntoutukseen, joka on riittävän joustavaa ja sopivan intensiivistä. On tärkeää, että eroperheiden lapsen sekä äidin että isän perhe voivat halutessaan osallistua kuntoutukseen¹⁴⁵.

Työskentelyote

- On tärkeää tukea lapsen ja vanhempien vuorovaikutusta, tarvittaessa tervehdyttää sitä ja auttaa myönteisten vuorovaikutustaitojen siirtymistä arkeen.

¹⁴² Koivikko ja Sipari 2006, 86.

¹⁴³ Koivikko ja Sipari 2006, 162.

¹⁴⁴ Sipari 2008, 107.

¹⁴⁵ Ks. Sinkkonen 2003.

¹⁴¹ Ks. Koivikko ja Sipari 2006, 143.

- Kotikäynnit antavat tietoa perheen resursseista ja arjen toimivuudesta sekä auttavat näkemään ”piilossa” olevia asioita.
- Perhekeskeisessä, -terapeuttisessa työskentelyssä voidaan päästä vaikuttamaan koko perheeseen.
- Yksilötyöskentely lapsen kanssa on tarpeen lapsen äänen kuulemiseksi, nuorten kohdalla yksilötapaamisten osuus korostuu.
- Ryhmätyöskentely tukee lasten sosiaalisten taitojen kehittymistä ja toiminnanohjausta.
- Mahdollisuus vertaistukeen on tärkeää niin lapsille kuin vanhemmillekin.
- Perhepäivät tai muut yhteistoimintapäivät luovat osallistujille uusia kokemuksia, kannustavat keskustelemaan esim. kasvatuskeinoista, tarjoavat vertaistukea ja auttavat vanhempia jaksamaan.

Lapsen ja vanhempien toimivan vuorovaikutuksen merkitys lapsen myöhemmälle kehitykselle ja vanhemmuudelle on keskeinen. Vanhemmuuden tukeminen on ennen kaikkea lapsen ja vanhempien vuorovaikutuksen tukemista¹⁴⁶. Perhekuntoutuksessa on oleellista, että kuntoutus kohdistuu lapseen tai nuoreen, lasten ja nuorten sekä vanhempien ryhmiin ja koko perheeseen kulloisenkin tarpeen mukaan. Myös erilaiset perheiden yhteistoiminnot ja vertaistuki ovat tarpeellisia, samoin yksilötyöskentely lapsen tai nuoren kanssa. On tärkeää, että perheelle voidaan koota sen tarpeita vastaava kuntoutuskokonaisuus. Vaikka esimerkiksi vertaistuen merkitys nousi tärkeänä esille perheiden palautteessa, vertaistoiminnot eivät sovi kaikille eivätkä kaikkiin elämäntilanteisiin¹⁴⁷. Perhekuntoutuksen pitäisi pystyä tarjoamaan monenlaisia vaihtoehtoisia palveluja. Jos kuntoutus perustuu pääasiassa lasten tai nuorten ryhmätoimintaan, tarvitsee se rinnalleen myös vanhemmille ja koko perheelle mahdollisuuden riittävässä määrin työstää kokemuksiaan. Nuorille suunnatulla ryhmätoiminnalla voidaan tukea itsenäistymisvaiheessa olevia nuoria.

Yhteistyö

- Päivähoidon ja koulun konsultointi tukee lapsen kehitystä ja edistää toivotun käyttäytymisen omaksumista.

- Osallistuminen lapsen päivään päivähoitossa ja koulussa (päivän seuraaminen esim. koulukäynnin) havainnollistaa lapsen tilanteen ymmärtämistä.

Lapsen arkeen kuuluu varsin usein päivähoito ja kouluikäisellä aina koulu. Tärkeää kuntoutuksen onnistumiseksi on saada lapsen lähiaikuisia päivähoitosta tai koulusta perheen tueksi¹⁴⁸ ja luoda yhteisiä käytäntöjä lapsen lähiaikuisten kanssa päivähoitossa ja koulussa.

Hankkeiden työntekijöitä pyydettiin tutustumiskäyntien ja nk. tyypillisen kuntoutuspolun selvittämisen yhteydessä kuvaamaan toimintamalliaan. Tehtävä koettiin vaikeaksi, koska useimmissa hankkeissa toimintaa ei ollut mallinnettu eikä kuvattu kirjallisesti. Hankkeet perustelivat tilannetta korostaen, että kuntoutus oli tarpeen mukaista ja sisältö tapauskohtaista. Toiminnan sisältöön vaikuttivat kulloinkin mm. lapsen ikä, oireet ja ongelmat sekä perheolosuhteet. Dokumenttien puute johti kuitenkin hankalaan tilanteeseen esimerkiksi henkilöstön vaihtuessa. Toiminta tuli hyvin haavoittuvaiseksi, kun ei löytynyt dokumentoitua tietoa.

Perhekuntoutushankkeet kehittyivät paikallisten olosuhteiden mukaan ja erilaiset toimintakäytännöt olivat tarkoituksenmukaisia eri tilanteissa ja erilaisille kuntoutujaryhmille. Monimuotoisiin ongelmiin tarvitaan monipuolisia toimintakäytäntöjä, minkä suuntaiseen tulokseen on tultu myös laajahkossa kirjallisuuskatsauksessa perheinterventioiden vaikuttavuudesta¹⁴⁹. Ei ole tarkoituksenmukaista pyrkiä nostamaan esiin yhtä toimintamallia. Jatkoa ajatellen keskeisiksi muodostuvat asiat, jotka useiden eri toimintamallien toteuttamisessa ovat yhteisiä ja tärkeitä. Lasten ja nuorten kuntoutumisen kannalta on tarpeellista, että palveluntuottaja pystyy kuntoutustapahtumien määrissä ja sisällöissä nykyistä paremmin ottamaan huomioon perheiden yksilölliset tarpeet. Kuntoutusprosessin tapahtumamääriin ja sisältöihin tarvitaan väljyyttä ja joustavuutta. Toimintamalliin on tärkeää voida sisällyttää jatkuva toiminnan kehittämisen mahdollisuus työskentelystä kertyvien kokemusten mukaisesti.

Keskeinen, huomionarvoinen asia liittyy myös siihen, mistä hetkestä lähtien toimintamallin toteuttaminen palveluntuottajan kannalta alkaa ja milloin se päättyy. Toimintamallina ei voida ymmärtää pelkästään kuntoutusprosessiin liittyviä

¹⁴⁶ Schmitt 2003, 314.

¹⁴⁷ Nylund 1996, 205; Taitto 2001, 197.

¹⁴⁸ Ks. myös Kalland 2001, 223.

¹⁴⁹ Ks. myös Westman ym. 2005, 49.

sisältöjä, vaan toimintamalliin on tärkeää sisällyttää myös lähettäjätahon ja hankkeen yhteinen asioiden valmistelu ennen kuntoutuksen käynnistymistä ja mahdollisista jatkotoimenpiteistä sopiminen kun- kin perheen kanssa. Hankkeen ja lähettäjätahon yhteistyön on tarpeellista ulottua kuntoutusprosessin käynnistymisvaiheesta kuntoutuksen päättymiseen ja lapsen tai perheen siirtovaiheeseen hoidosta vastaavalle taholle. Lähettäjätahon ja hankkeen yhteistyötä on vaikea luoda kuntoutusprosessin aikana, jos yhteistyötä ei saada käyntiin jo kuntoutuksen alussa. Kuntoutusprosessin päättyessä perhekuntoutuksen hyödyt voivat jäädä vähäisiksi, jos siirto ei ole onnistunut. Onnistunut siirto vaatii hankkeille resursseja.

Lopuksi. Lasten- ja nuorisopsykiatrian palvelujen ongelmana pidettiin alueellisia eroja kuntien terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelutarjonnassa. Ongelmana on hoitojärjestelmän pirstoutuneisuus pieniin yksiköihin eri organisaatioihin paikallisesti sovittujen tehtäväjakojen mukaan samoin kuin se, että järjestelmästä puuttuvat toimivat palvelukokonaisuudet. Ongelmaksi nähdään myös se, etteivät palvelurakennetta ohjaa asiakkaan hoidon tarpeet vaan taloudelliset tekijät.¹⁵⁰

Yhtenä lasten- ja nuortenpsykiatrisen hoidon tulevaisuuden haasteena pidetään sitä, kenelle, kenen antamana ja miten hoitoa annetaan¹⁵¹. Tutkimustulokset ja kokemukset kentältä korostavat myös monitasoisen vaikuttamisen välttämättömyyttä lasten ja nuorten mielenterveyden ja käyttäytymisen ongelmiin vastaamisessa. On tärkeää liittää lapsen ja nuoren kuntoutukseen mukaan koti sekä lapsen arjessa toimijat. Tällainen kuntoutus vaatii uudenlaisen asenteen ja lähtökohdat. Kuntoutus ei voi nojata yksinomaan erikoistyöntekijän ja lapsen tai nuoren väliseen suhteeseen, vaan myös lähiaikuisen toimintaan lapsen ja nuoren kanssa kotona, päivähoitossa ja koulussa.¹⁵²

Kelan lasten ja nuorten perhekuntoutus oli monilla paikkakunnilla selkeä lisä lasten ja nuorten mielenterveysongelmien parissa työskentelyyn. Vaikka perhekuntoutukseen osallistuneiden perheiden määrä ei kaikilla alueilla ollut erityisen suuri, hankkeilla osaltaan vastattiin palvelutarjonnan tarpeisiin. Perhekuntoutuksen keinoin pystyttiin tarttumaan mielenterveyden ja käyttäytymisen ongelmissa eri vaiheissa olevien lasten ja perheiden tilanteisiin.

Osassa hankkeista kuntoutukseen osallistui varsin vaikeissa mielenterveyden ongelmatilanteissa olevia lapsia perheineen. Osassa hankkeista lasten tilanne ei ollut edennyt niin pitkälle tai vanhemmilla oli itsellään resursseja lähteä työstämään lapsen tilan- netta ja vanhemmuutta. Onnistuminen erilaisia ongelmia omaavien perheiden tukemisessa antaa perhekuntoutuksen jatkosuunnittelulle ja -kehittämiselle varsin laajat mahdollisuudet.

Parhaillaan käydään keskustelua siitä, miten julkinen terveydenhuolto kykenee vastaamaan lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin ja miten sen toimintaa voitaisiin täydentää Kelan järjestämän kuntoutustoiminnan avulla. Asian tekee haastavaksi se, että diagnoosia edellyttävän ja perhekeskeisen kuntoutustyön lähtökohdissa on eroja: perhekeskeisessä kuntoutustyössä lähtökohtana ovat lapsen, perheen ja lähiympäristön voimavarat ja vahvuudet ja kuntoutus rakentuu niiden pohjalta, kun taas diagnoosipohjaisen kuntoutuksen lähtökohdaksi voi muodostua sairaus tai vamma- ja ongelma- keskeinen lausunto. Mikäli diagnoosin tarkka määrittely kestää kauan, kuntoutusta ei välttämättä päästä aloittamaan kovin varhain.¹⁵³ Haastavaksi asian tekee myös se, että todennäköisesti Kelan perhekuntoutustoimintaan suuntautuvat tarpeet ovat erilaisia eri alueilla. Voi olla, että esimerkiksi Pohjois-Suomesta puuttuu kokonaispalveluja ja Etelä-Suomesta jonkin erityisryhmän palveluja. Perheiden monipuolisiin tarpeisiin vastaamisessa myös Kelan palveluntuottajille suuntaamat resurssit, niiden määrä ja joustavuus tulevat olemaan merkittäviä kysymyksiä. Palveluntuottajat tarvitsevat liikkumavaraa perhekuntoutuksen sisältöjen ja esimerkiksi kuntoutustapahtumamäärien valintaan. Vasta sitten voidaan puhua joustavasta Kelan erityispalvelusta mielenterveyden ja käyttäytymisen ongelmista kärsivien lasten ja nuorten auttamisessa.

Kaiken kaikkiaan 11 palveluntuottajan 19:n eri osahankkeen toiminnan arviointi on haastava tehtävä, joka jatkuu arvioinnin toisessa vaiheessa. Yksinkertaisia johtopäätöksiä hankkeiden toimintamallien sovellettavuudesta on vaikea tehdä, koska hankkeet eroavat toisistaan huomattavasti osallistujien, kuntoutustarpeiden ja käytettyjen menetelmien suhteen. Samankin hankkeen sisällä saatetaan eri perheiden kohdalla toteuttaa hyvin erilaisia kuntoutusmenetelmiä. Arvioinnin toisessa vaiheessa pyritään kuitenkin edelleen kerryttämään tietovarantoa, joka auttaisi tulevaisuudessa perhekuntoutuksen suunnittelua ja toteuttamista.

¹⁵⁰ Laukkanen ym. 2003, 42.

¹⁵¹ Laukkanen ym. 2003, 42.

¹⁵² Solantaus 2007b.

¹⁵³ Koivikko ja Sipari 2006, 80–81.

Kirjallisuus

- Aalto-Setälä T. Depressive disorders among young adults. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute KTL A 22, 2002. Saatavissa: <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2002a22.pdf>.
- Aalto-Setälä T; Marttunen M. Nuoren psyykkinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? Duodecim 2007; 123: 207–213.
- Achenbach TM; Dumenci L; Rescorla LA. Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. Journal of Abnormal Child Psychology 2003; 31 (1): 1–11.
- Ahlroth E; Kurganova G, toim. Lastensuojelun työmenetelmiä. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, Oppaita ja työkirjoja 3, 2007.
- Alanen L. Lapsuus yhteiskunnallisena ilmiönä. Sosiologia ja sukupolvijärjestys. Julkaisussa: Sankari A; Jyrkämä J, toim. Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. Tampere: Vastapaino, 2001: 161–186.
- Alanen L; Bardy M. Lapsuuden aika ja lasten paikka. Helsinki: Sosiaalivirasto, Julkaisuja 12, 1990.
- Almqvist F. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt. Julkaisussa: Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004a: 240–264.
- Almqvist F. Yksilökeskeiset hoitomenetelmät. Julkaisussa: Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004b: 409–411.
- Almqvist F; Kumpulainen K; Ikäheimo K, et al. Behavioural and emotional symptoms in 8–9-year-old children. European Child & Adolescent Psychiatry 1999a; 8 (4): 7–16.
- Almqvist F; Puura K; Kumpulainen K, et al. Psychiatric disorders in 8–9-year-old children based on a diagnostic interview with their parents. European Child & Adolescent Psychiatry 1999b; 8 (4): 17–28.
- Aro T; Kuoppala M; Mäntyneva P. Hyvästä paras. Jaettu kehittämisvastuu ESR-projekteissa. Hyvät käytännöt -käsikirja. Helsinki: Työministeriö, 2004.
- Autti-Rämö I. Lasten ja nuorten kuntoutus. Julkaisussa: Rissanen P; Kallanranta T; Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 479–488.
- Blos P. On adolescence. A psychoanalytic interpretation. New York: The Free Press, 1966.
- Collishaw S; Maughan B; Goodman R; Pickles A. Time trends in adolescent mental health. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2004; 45 (8): 1350–1362.
- Costello EJ; Erkanli A; Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? Journal of Child Psychology and Psychiatry 2006; 47: 1263–1271.
- Ebeling H; Hokkanen T; Tuominen T; Kataja H; Henttonen A; Marttunen M. Nuorten käytöshäiriöiden arviointi ja hoito. Duodecim 2004; 120: 33–42.
- Erkolahti R; Manelius P; Salminen T, ym. Lapsi ja psyykkisesti sairaa vanhempi – kuka kuulee lasta? Suom Lääkäril 2000; 55: 4861–4864.
- Ervast S-A; Tulensalo H. Lapsi näkyviin, vanhempia unohtamatta. Perhelähtöistä lapsikeskeisyyttä. Perheterapia 2006; 22 (1): 51–54.
- Forsberg H. Perheen ja lapsen tähden. Etnografia kahdesta lastensuojelun asiantuntijakulttuurista. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto, 1998.
- Forsberg H; Ritala-Koskinen A; Törrönen M. Kohti lapsi-intensiivistä sosiaalityötä. Julkaisussa: Forsberg H; Ritala-Koskinen A; Törrönen M, toim. Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia. Jyväskylä: PS-kustannus, 2006: 5–18.
- Friis L; Seppänen R; Mannonen M. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: WSOY, 2006.
- Fröjd S; Charpentier P; Luukkala T, ym. 9-luokkalaisten mielenterveys Tampereella ja Vantaalla. Perusraportti. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Julkaisuja 7, 2004.
- Haarasilta L. Major depressive episode in adolescents and young adults – a nationwide epidemiological survey among 15–24-year olds. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute A 14, 2003. Saatavissa: <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2003a14.pdf>.

- Haarasilta L; Aalto-Setälä T; Pelkonen M; Marttunen M. Nuorten masennus: esiintyvyys, muut mielen-terveyden häiriöt ja terveyspalvelujen käyttö. *Suom Lääkäril* 2000; 55 (24–26): 2635–2642.
- Hakulinen T; Koponen P; Paunonen M. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Julkaisussa: Paunonen M; Vehviläinen-Julkunen K, toim. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY, 1999: 25–42.
- Heino T. Asiakkuuden hämäryys lastensuojelussa. Sosiaalityöntekijän tuottama määräitys lastensuojeluasiakkaaksi. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 77, 1997.
- Heino T; Berg K; Hurtig J. Perhetyön ilo ja hämmennys. Lastensuojelun perhetyömuotojen esittelyä ja jäsenyksiä. Helsinki: Stakes, Aiheita 14, 2000.
- Holopainen L; Savolainen H. Lukivaikkeudet ja koettu psyykinen hyvinvointi toisen asteen opintojen alussa. *Kasvatus* 2006; 37: 463–474.
- Hujala E. Varhaiskasvatuksen teoreettisen kehityksen rakentuminen. *Kasvatus* 1996; 27: 489–500.
- Huntington DD; Bender W. Adolescents with learning disabilities at risk? Emotional well-being, depression, suicide. *Journal of Learning Disabilities* 1993; 26: 159–166.
- Hurtig J. Lasta suojelemissa – etnografia lasten paikan rakentumisesta lastensuojelun perhetyön käytännöissä. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Acta Universitatis Lapponiensis 60, 2003.
- Hurtig J. Lasten tieto sosiaalityön haasteena. Julkaisussa: Forsberg H; Ritala-Koskinen A; Törrönen M, toim. Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia. Jyväskylä: PS-kustannus, 2006: 167–193.
- Häggman-Laitila A; Euramaa K-I. Finnish families' need for special support as evaluated by public health nurses working in maternity and child welfare clinics. *Public Health Nursing* 2003; 20 (4): 328–338.
- International statistical classification of diseases and related health problems. Vol 1. Geneva: WHO, 1992.
- Kalland M. Kiintymyssuhdeteorian klininen merkitys: soveltaminen erityistilanteissa. Julkaisussa: Sinkkonen J; Kalland M, toim. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Vantaa: WSOY, 2001: 198–233.
- Karlsson L; Pelkonen M; Aalto-Setälä T; Marttunen M. Nuorten masennus – vakava sairaus, jonka hoitoa tutkittu vähän. *Suom Lääkäril* 2005;60: 2879–2883.
- Kauppinen P; Saarinen J. Ministeriö tilkitsee nuorisopsykiatrian hoitotakuun porsaanreiän. Helsingin Sanomat, Kotimaa 31.10.2008.
- Kinos J. Kohti lapsilähtöisen varhaiskasvatuksen teoriaa. *Kasvatus* 2002; 33: 119–132.
- Kiuttu J. Perhekeskeisyys yleislääketieteessä. Tutkimus perhelääkäriskoulutuksen vaikutuksista yleislääkärin työssä. Oulu: Oulun yliopisto, Acta Universitatis Ouluensis Series D Medica 310, 1994.
- Koivikko M; Sipari S. Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Valkeakoski: Vajaaliikkeisten kunto ry, 2006.
- Kokkonen J. Lasten ja nuorten kuntoutus. Julkaisussa: Kallanranta T; Rissanen P; Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2001: 395–398.
- Korkiakangas M. Perheen voimavaroja etsimässä. Tapauksittainen tutkimus asiakaslähtöisistä työorientaatioista lastensuojelun perhetyössä. Oulu: Nuorten Ystävät, 2005.
- Kumpulainen K; Räsänen E; Henttonen I; Hämäläinen M. The persistence of psychiatric deviance from the age of 8 to the age of 15 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35: 5–11.
- Kumpulainen K. Epidemiologia ja häiriöiden jatkuvuus. Julkaisussa: Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004: 130–141.
- Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007–2011. Opetusministeriö, 2007. [Viitattu 18.2.2008.] Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittaemisohjelma/liitteet/lapsi_ja_nuorisopolitiikan_kehittamisohjelma.pdf>.
- Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito. Käypä hoito 4.11.2007. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Neurologinen Yhdistys Ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. [Viitattu

4.11.2007.] Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoit50061>>.

Lasten ja nuorten kuntoutus sosiaali- ja terveysjärjestöissä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY, 2001.

Laukkanen E. Nuoruusiän psyykinen kehitys ja sen häiriintyminen. On adolescent growth and disturbance. Kuopio: Kuopion yliopisto, Julkaisuja D Lääketiede 30, 1993.

Laukkanen E; Pylkkänen K; Hartikainen B; Luontoniemi M; Julma K; Aalberg V. A new priority in psychiatry: Focused services for adolescents. *Nord J Psychiatry* 2003; 57 (1): 37–43.

Lehto-Salo P; Marttunen M. Käytöshäiriöt ja niiden hoito. Julkaisussa: Laukkanen E; Marttunen M; Miettinen S; Pietikäinen M, toim. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 2006: 99–111.

Lindh J. Työhön kuntoutuksen kehittäminen ja arviointi. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Tutkimusraportteja ja selvityksiä B54, 2007a.

Lindh, J. Ammatillisen kuntoutussuunnittelun vuorovaikutteisuuden ja toteutumisen haasteet. *Kuntoutus* 2007b; 30 (4): 3–26.

Luopa P; Pietikäinen M; Jokela J. Kouluterveyskysely 1998–2007. Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot. Helsinki: Stakes, Raportteja 23, 2008.

Lyytinen H. Oppimisen häiriöt. Julkaisussa: Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004: 240–264.

Maag JW; Reid R. Depression among students with learning disabilities. Assessing the risk. *Journal of learning disabilities* 2006; 39: 3–10.

Makkonen M; Riikonen E; Vataja S. Perhetyö – arkielämän taiteen ja kertomuksellisuuden näkökulma. Julkaisussa Onnismäa J; Pasanen H; Spangar T, toim. Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät. Jyväskylä: PS-kustannus, 2002: 279–292.

Mattila M-L; Kielinen M; Jussila K, ym. An epidemiological and diagnostic study of Asperger syndrome according to four sets of diagnostic crite-

ria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 46: 636–646.

Mattus M-R. Valtaistava ja yhteistyötä avaava haastattelumenetelmä perhelähtöisessä interventiossa. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Acta Universitatis Lapponiensis 44, 2001.

McNamara JK; Willoughby T; Chalmers H; YLC-CURA. Psychosocial status of adolescents with Learning Disabilities with and without comorbid Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Learning Disabilities Research & Practise* 2005, 20: 234–244.

Melamies N; Pärnä K; Heino L; Miller H. Lapsi kuntoutujana – haaste aikuiselle. Julkaisussa: Karjalainen V; Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus kanssamme: Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 2004: 102–121.

Moilanen I; Käytöshäiriöt. Julkaisussa: Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004a: 265–288.

Moilanen I. Muut terapiamuodot. Julkaisussa: Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004b: 411–414.

Moilanen I; Kaivosoja M. Lastensuojelu. Julkaisussa Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004: 392–396.

Määttä P. Perhe asiantuntijana. Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt. Jyväskylä: Atena, 1999.

Möller S. Suunnitelmallinen työskentely tekee lapsesta asiakkaan. Julkaisussa: Reijonen M, toim. Voimaa perhetyöhön. Arjen tuki ja ammatilliset verkostot. Jyväskylä: PS-kustannus, 2005: 61–69.

Nieminen P. Lasten ryhmäkuntoutus. Julkaisussa: Ahonen T; Aro T, toim. Oppimisvaikeudet. Kuntoutus ja opetus yksilöllisen kehityksen tukena. Jyväskylä: Atena, 2001: 47–59.

Nieminen T; Kulomäki T; Ulander R; von Wendt L. Aspergerin oireyhtymä. *Suom Lääkäril* 2000; 55: 967–972.

Nieminen U. Perhekeskeinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 1983.

- Nieminen-von Wendt T. Tarkkaavaisuus- ja keskittymishäiriö eli ADHD. *Kunnallislääkäri* 2005; 20 (5): 24–29.
- Nylund M. Suomalaisia oma-apuryhmiä. Julkaisussa: Matthies A-L; Kotakari U; Nylund M, toim. Välttävät verkostot. Tampere: Vastapaino, 1996: 193–205.
- Nätkin R; Vuori J. Perhetyön tieto ja kritiikki. Johdanto perhetyön muuttuvaan kenttään. Julkaisussa: Vuori J; Nätkin R, toim. Perhetyön tieto. Tampere: Vastapaino, 2007: 7–38.
- Opetusministeriö. Erityisopetuksen kehittäminen, 2008. [Viitattu 18.11.2008.] Saatavissa: <http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/artikkelit/erityisopetuksen_kehittaminen/index.html>.
- Oranen M, toim. Perheväkivallan varjossa. Raportti lapsikeskeisen työn kehittämisestä. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, Julkaisuja 30, 2001.
- Paavilainen E; Åstedt-Kurki P; Paunonen M. Hyvä hoitaminen on perhehoitotyötä. *Sairaanhoitaja* 2000; 73 (3): 28–30.
- Perhekuntoutustyöryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistio 22, 1993.
- Piha J. Erikoissairaanhoito. Julkaisussa Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004a: 386–390.
- Piha J. Hoito ja hoitomenetelmät. Julkaisussa: Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004b: 399–402.
- Piha J. Lasten- ja nuorisopsykiatrian palveluketju. Julkaisussa: Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004c: 378–381.
- Piha J. Sosiaalitoimen mielenterveyspalvelut. Julkaisussa: Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004d: 383–385.
- Piha J. Terapeuttinen perhetyöskentely. Julkaisussa: Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004e: 403–405.
- Piha J; Kaivosoja M; Salomaa K. Lasten mielen-terveyspalveluselvitys. Helsinki: Stakes, Aiheita-monistesarja 4, 2000.
- Pulkkinen L. Millaista lastenkasvatusta nykytutkimus suosittelee? Julkaisussa: Virkki J, toim. Ydinperheestä yksilöllistyviin perheisiin. Juva: WSOY, 1994: 26–45.
- Puura K. Perusterveydenhuollon lastenpsykiatria. Julkaisussa: Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004: 381–383.
- Pylkkänen K. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. Nuotta-projektin loppuraportti 2003. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 13, 2003.
- Pönkkö M-L; Ebeling H; Taanila A; Linna S-L; Moilanen I. Psychiatric disorders of children and adolescents – a growing problem at school. *International Journal of Circumpolar Health* 2002; 61: 6–16.
- Ranta K. Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt. Julkaisussa: Laukkanen E, ym., toim. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 2006: 66–78.
- Ranta K; Kaltiala-Heino R; Rantanen P; Pekonen M; Marttunen M. Nuorten ahdistuneisuushäiriöt. *Duodecim* 2001; 117: 1225–1232.
- Ranta T; Paavilainen E; Tarkka M-T. Perhehoitotyön toteutuminen lastenpsykiatrisella osastolla ja perheen elämäntilanne. *Hoitotiede* 2003; 15: 214–222.
- Rantala A. Perhekeskeisyys – puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 198, 2002.
- Rautio P. Lapsidiskurssit Varhaiskasvatussuunnitelman perusteissa. Oulu: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Julkaisusarja 18, 2005.
- Reijonen M. ”Mitä työtä se perhetyö oikein on?” – ammattina perhetyöntekijä. Julkaisussa: Reijonen M, toim. Voimaa perhetyöhön. Arjen tuki ja ammatilliset verkostot. Jyväskylä: PS-kustannus, 2005: 7–15.

- Rintahaka P. Nuorten neuropsykiatriset häiriöt – ADHD, Aspergerin oireyhtymä ja unihäiriöt. Helsinki: Duodecim 2007; 123: 215–222.
- Rissanen P. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Julkaisussa: Kallanranta T; Rissanen P; Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2001: 502–509.
- Rissanen P. Kuntoutussuunnitelma. Julkaisussa: Rissanen P; Kallanranta T; Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 625–646.
- Rutter M; Smith DJ. Time trends in psychological disorders of youth. Julkaisussa: Rutter M; Smith DJ, toim. Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes. Chichester: Wiley, 1995: 764–781.
- Sandberg S; Santanen S; Jansson A; Lauhaluoma H, toim. Perhekoulun käsikirja. Käytännön opas vanhemmille. Helsinki: Suomen lastenhoitoyhdistys, 2004. [Alkuperäisteos Barton J. (Suomentanut Castrén K.) Hyperactive children. A practical guide for parents. Glasgow: Child & Family Trust, 1999.]
- Santahuhta U; Paavilainen E; Åstedt-Kurki P. Perhekeskeisen hoitotyön kehittyminen lasten hoitotyössä – analyysi kolmesta oppikirjasta. Hoitotiede 2001; 13: 290–300.
- Santalahti P; Sourander A. Onko lasten psykiatrisen sairastavuus lisääntynyt? Duodecim 2008; 124: 1499–1506.
- Satka M. Sosiaalinen työ peränsäntsojamiehestä hoivayrittäjäksi. Julkaisussa: Jaakkola J; Pulma P; Satka M; Urponen K, toim. Armeliaisuus, yhteisö-apu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Jyväskylä: Gummerus, 1994: 261–339.
- Schmitt F. Riittävän hyvä vanhemmuus. Julkaisussa: Sinkkonen J, toim. Pesästä lentoon. Kirja lapsen kehityksestä kasvattajalle. Helsinki: WSOY, 2003: 298–326.
- Sinkkonen J. Kiintymyssuhteen häiriöiden yhteydet psykopatologiaan. Julkaisussa: Sinkkonen J; Kalland M, toim. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY, 2001: 146–173.
- Sinkkonen J. Vanhemmuuden vaikea pesti. Julkaisussa Sinkkonen J, toim. Pesästä lentoon. Kirja lapsen kehityksestä kasvattajalle. Helsinki: WSOY, 2003: 291–297.
- Sinkkonen J; Kalland M, toim. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY, 2001.
- Sipari S. Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnallinen rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 342, 2008.
- Solantaus T. Lasten mielenterveyden tukeminen – todellisuutta vai utopiaa? Julkaisussa: Eskola J; Karila A, toim. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita, 2007a: 46–63.
- Solantaus T. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut remonttiin. Helsingin Sanomat, Mieli-pide 16.11.2007b.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE), 2008. [Viitattu 12.12.2008.] Saatavissa: <<http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankk/sote/index.htm>>.
- Sosiaali- ja terveystoimen strategiat 2015. Kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 14, 2006.
- Sourander A; Santalahti P; Haavisto A; Piha J; Ikäheimo K; Helenius H. Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2004; 43: 1134–1145.
- Sourander A; Niemelä S; Santalahti P; Helenius H; Piha J. Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children. A 16-year population based time-trend study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, March 2008; 47: 317–327.
- Stakes 2008a. Erikoissairaanhoidon avohoito 2006 ja vuosina 1994–2006. Tilastotiedote 4/2008. [Viitattu 19.2.2008.] Saatavissa: <<http://www.stakes.fi/tilastot/erikoissairaanhoidonavohoito>>.
- Stakes 2008b. Psykiatrian erikoisalan laitoshoido 2006. Tilastotiedote 8/2008. [Viitattu 15.2.2008.] Saatavissa: <<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Mielenterveys/index.htm>>.
- Stakes 2008c. Lastensuojelu 2007 – Barnskyddet 2007 – Child welfare 2007. Tilastotiede 23/2008.

- [Viitattu 15.8.2008.] Saatavissa: <<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lapsuusjaperhe/lastensuojelu.htm>>.
- Stakes 2008d. Kasvatus- ja perheneuvonta 2007 – Uppfostrings- och familjerådgivning 2007. Tilastotiedote 26/2008. [Viitattu 29.9.2008.] Saatavissa: <<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lapsuusjaperhe/kasvatusperhetiivistelma.htm>>.
- Taipale V. Lasten mielenterveystyö. Porvoo: WSOY, 1998.
- Taitto A. Vertaistoiminta avuksi lapsille. Julkaisussa: Inkinen M, toim. Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Tammi, 2001: 191–212.
- Tamminen, T. Vapaaehtoistoiminta ja kansalaisjärjestöt. Julkaisussa: Moilanen I; Räsänen E; Tamminen T; Almqvist F; Piha J; Kumpulainen K, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 2004: 396–397.
- The Strengths and Difficulties Questionnaire. [Viitattu 8.6.2006.] Saatavissa: <<http://www.sdqinfo.com>>.
- Tiilikka A. Äitien kasvatuskäsityksiä ja arviointeja hyvästä päiväkotikasvatuksesta. Oulu: Oulun yliopisto, Acta Universitatis Ouluensis Series E Sientiae Rerum Socialium 76, 2005.
- Tulensalo H; Muukkonen T. Lapsikeskeinen tilannearvio ja työprosessi lastensuojelun sosiaalisuudessa. Julkaisussa: Satka M; Karvinen-Niinikoski S; Nylund M; Hoikkala S, toim. Sosiaalisuuden käytäntötutkimus. Helsinki: Palmenia-kustannus, 2005.
- Tuori T; Sohlman B; Ekqvist M; Solantaus T. Alaikäisten psykiatrinen sairaalahoido Suomessa 1995–2004. Helsinki: Stakes, Raportteja 13, 2006.
- Tähtinen J. Miten kasvattaa pikkulapsia – kasvatustalouden ja -suuntausten lähtökohtien muutoksia Suomessa 1850–1989 suomenkielisten kasvatus- ja hoito-oppaiden sekä aikakauslehdistön ilmaisemana. Turku: Turun yliopisto, 1992.
- Uusikylä P; Wiik M; Kilappa J. Opetusministeriön hallinnonalan rakennerahastohankkeet 2000–2005. Helsinki: Opetusministeriö, Julkaisuja 40, 2006.
- Uusimäki M. Perhetyötäkö kaikki? Oulu: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Julkaisusarja 20, 2005.
- Vanhanen S-L. Keskittymättömän lapsen palveluketjussa on painotettava yhteistyötä. Suom Lääkäril 2007; 62: 2193–2198.
- Vartiainen P. Palveluorganisaatioiden tuloksellisuusarviointi, teorian ja käytäntö. Päivähoitoon, erityisesti päiväkotieihin kohdistuva monitahoarviointi. Vaasa: Vaasan yliopisto, Acta Wasaensia 40, 1994.
- Vartiainen P. Intressiryhmät evaluointiprosessissa. Metodologista pohdintaa monitahoarvioinnin avulla. Hallinnon Tutkimus 2001; 20 (1): 30–40.
- Veijola A. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Oulu: Oulun yliopisto, Acta Universitatis Ouluensis Series D Medica 794, 2004.
- Verhulst FC; van der Ende J; Rietbergen A. Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: no evidence for strong trends. Acta Psychiatr Scand 1997; 96: 7–13.
- Wendt L von. Lasten ja nuorten kuntoutus. Julkaisussa: Kallanranta T; Rissanen P; Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2001: 398–411.
- Wendt L von; Järvelä I; Tani P, ym. Aspergers syndrom – medikalisering eller en medicinsk entitet att tas på allvar? Finska Läkaresällskapet's Handlingar 2006; 166 (2), 2006: 55–61.
- Westman R; Haverinen R; Ristikartano V; Koivisto J; Malmivaara A. Perheinterventioiden vaikuttavuus. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Helsinki: Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 5, 2005.
- Voutilainen A. Erilaisen oppijan vaikeudet, niiden syyt ja yleisyys. Julkaisussa: Stranden K, toim. Ei tyhmä vaan erilainen oppija. Helsinki: Stakes, 2000: 12–15.
- Voutilainen A; Sourander A; Lundström B. Lasten tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö neuropsykiatrisena ongelmana. Duodecim 2004; 120: 2672–2679.
- Wright-Stawderman C; Watson B. The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 1992, 25: 258–264.

Liite 1. Kohderyhmäkysely.

Tämä kysely koskee kaikkia niitä lapsia/nuoria, jotka ovat aloittaneet perhekuntoutuksen hankkeessanne vuonna 2005 tai sen jälkeen (lapsen iästä ja kuntoutuksen päättymisajankohdasta riippumatta). Pyydämme sinua täyttämään kustakin lapsesta/nuoresta oman lomakkeen rastittamalla tai kirjoittamalla seuraavat tiedot

1. Lapsen sukupuoli.

tyttö	
poika	

2. Lapsen syntymävuosi _____

3. Lapsen hankkeeseen lähettänyt taho. (Rastita taho tai lisää taho listaan, jos sitä ei löydy listasta. Voit tarkentaa lähettävää tahoa esim. koulu/lääkäri tai koulu/psykologi)

perheneuvola	
lasten psykiatrian poliklinikka tai osasto	
lasten neurologian poliklinikka tai osasto	
nuorten psykiatrian poliklinikka tai osasto	
terveyskeskus	
yksityislääkäri	
sosiaalitoimi	
lastensuojelu	
koulu	

4. Diagnoosit

Laita taulukkoon diagnoosin/diagnoosien koodit sekä sanalliset selitykset. Koodi ehdoton. Esim. F 93.2 Lapsuusiän sosiaalinen ahdistushäiriö tai F 92.0 Masennusoireinen käytöshäiriö.

Koodi	Sanallinen selitys

Hankkeen nimi: _____

Lomakkeen täyttäjä ja päiväys: _____

Liite 2. Kysely hankkeiden työntekijöille (1), maaliskuu 2006.

Kyselyllä keräämme tietoja perhekuntoutushankkeiden hakemusasiakirjatiedon rinnalle. Kysely on suhteellisen laaja, mutta toivomme, että siihen vastaamiseen järjestyisi rauhallinen ajankohta ja kysymyksiin vastattaisiin mahdollisimman konkreettisesti ja huolella. Näin toimien kysely voi parhaassa tapauksessa toimia hankkeelle oman toiminnan kehittämisen välineenä.

1. Hankkeen nimi
2. Mikä on hankkeenne hallinnollinen toteuttaja?
3. Milloin hankkeenne alkoi (kuukausi/vuosi)?
4. Milloin hankkeenne päättyy (kuukausi/vuosi)?
5. Kuinka monta a) lasta/nuorta, b) lapsen/nuoren vanhempaa, c) lapsen/nuoren sisarusta, d) perhettä on osallistunut perhekuntoutukseen vuoden 2005 alusta maaliskuun 2006 alkuun mennessä tai on parhaillaan toiminnassa mukana?
6. Mikä on arvio perhekuntoutukseen osallistuvien a) lasten/nuorten kokonaismäärästä, b) lasten/nuorten vanhempien kokonaismäärästä, c) lasten/nuorten sisarusten kokonaismäärästä, d) perheiden kokonaismäärästä?
7. Ketkä hankkeenne työntekijöistä työ(ammatti)nimikkeiltään työskentelee välittömästi lasten/nuorten ja perheiden kanssa?
8. Mitkä kunkin työntekijän pääasialliset tehtävät ovat?
9. Ketkä hankkeenne työntekijöistä työ(ammatti)nimikkeiltään työskentelee lasten/nuorten ja perheiden kanssa muuten kuin välittömästi (konsultointi, työnohjaus jne.)?
10. Mitkä kunkin työntekijän pääasialliset tehtävät ovat?
11. Mihin taustateorioihin toimintanne pohjautuu? Millaisia taustateorioita työskentelyssä lasten/nuorten ja perheiden kanssa erityisesti sovellatte?
12. Millaisia työmuotoja käytätte (yksilö-, ryhmä-, perheterapia, perhekeskeinen kuntoutus, toiminnalliset menetelmät, ryhmätyömenetelmät, vertaisryhmät, muu työskentelyote)? Mikä työmuoto on pääorientaationne ja miksi?
13. Mikä on sosiaalityön merkitys hankkeessanne? Onko sosiaalityö integroitu toimintaan ja millä tavalla? Miten esimerkiksi perheiden sosiaaliset ja taloudelliset asiat pyritään käsittelemään?
14. Millä kouluarvosanalla (4–10) arvioitte hankkeenne käynnistymistä? (4 = hankkeeseen ei ole vielä saatu valittua perheitä, 5 = perheitä on valittu, mutta perhekuntoutuksen osalta hanke ei ole vielä käynnistynyt, 6 = perhekuntoutus on kyllä käynnistynyt, mutta ei hankkeen asettaman aikataulun ja tavoitteiden mukaisesti, 7 = perhekuntoutus on käynnistynyt hankkeen asettamien tavoitteiden mukaisesti, mutta ei

aikataulun mukaisesti, 8 = perhekuntoutus on käynnistynyt aikataulussa ja tavoitteiden mukaisesti, 9 = perhekuntoutus on käynnistynyt yli odotusten, 10 = asetetut tavoitteet hankkeen käynnistymisen osalta on ylitetty selvästi)

15. Kuvatkaa kysymykseen 14 antamanne vastauksen pohjalta hankkeenne tämänhetkistä tilannetta tarkemmin. Miten onnistuneena pidätte hankkeenne liikkeellelähtöä tähän mennessä ja miksi?

16. Onko hankkeessanne joitain selviä ongelma- tai solmukohtia? Mitä?

17. Kertokaa mukaan tulleiden lasten/nuorten tilanteista. Onko kohderyhmä ollut odotusten mukainen: miltä osin on ollut, miltä osin ei ole ollut?

18. Kela on määritellyt perhekuntoutuksen kohderyhmäksi lapset ja nuoret, joilla on todettu psykiatrinen sairaus. Miten omassa hankkeessanne olette tulkinneet tämän kriteerin lasten/nuorten valinnassa?

19. Miten hankkeessa mukana olevien lasten/nuorten psykiatrinen hoito toteutuu? Millä taholla hoitovastuu on?

20. Miten toimivana näette Kelan tarjouspyynnössä esille tuodun 16 ikävuoden rajan lasten/nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen osalta? (suora lainaus: ”Kohderyhmänä ovat 5–15-vuotiaat lapset ja nuoret sekä poikkeuksellisesti 16–25-vuotiaat nuoret ...)

21. Miten lapsen/nuoren asiakkuus hankkeessa syntyy? Oletteko asettaneet mukaan pääsulle kriteerejä, joita noudatatte? Jos kriteerejä on, niin mitä kriteerejä olette asettaneet (esim. koko perheen mukaan saaminen, motivaatio, ryhmässä toimiminen)? Mitä etuja / mahdollisia haittoja kriteerien asettamisella nähdäksenne on?

22. Miten onnistuneena pidätte tähän mennessä toteutunutta perheiden valintaprosessia? (vaihtoehdot: täysin onnistuneena, onnistuneena, melko onnistuneena, epäonnistuneena)

23. Miten jatkossa aiotte toimia lasten/nuorten valintaprosessin osalta?

24. Kuntoutussuunnitelman rooli perhekuntoutuksessa: a) Missä vaiheessa kuntoutussuunnitelma laaditaan? Laaditaanko se ennen lapsen/nuoren tuloa hankkeeseen? b) Ketkä kuntoutussuunnitelman laativat? c) Jos kuntoutussuunnitelma laaditaan hankkeen toimesta, miten perhe otetaan mukaan kuntoutussuunnitelman tekemiseen? d) Millä tavalla kuntoutussuunnitelman toteutumista seurataan? e) Kenen/keiden vastuulla seuranta on?

25. Mikä kokemuksenne on omaksumastanne kuntoutussuunnitelmakäytännöstä? Mikä siinä on ollut toimivaa ja hyvää? Miltä osin käytäntö ei ole ollut toimiva? Miten aiotte toimia jatkossa?

26. Kuinka intensiivisesti perheet kokonaisuutenaan ovat mukana lapsen/nuoren kuntoutuksessa? Mihin toimintoihin vanhemmat ja mahdollisesti lapsen/nuoren sisarukset osallistuvat?

27. Millaisia perheiden selviytymisen tapoja hankkeenne on asettanut tavoitteeksi?

28. Mikä merkitys toimivan perhekokonaisuuden idealla on hankkeessanne?
29. Mitä keinoja hankkeessanne käytätte toimivan perhekokonaisuuden saavuttamiseksi? Kertokaa mahdollisimman tarkasti toiminnastanne ja toimenpiteistänne tältä osin.
30. Mainitkaa kokemuksenne pohjalta merkittävimmät hyvät käytännöt a) avokuntoutuksen osalta, b) laituskuntoutuksen osalta (mikäli sellaista hankkeessanne on), c) lapsen/nuoren kotona ja lähiympäristössä selviytymisen osalta.
31. Ovatko kokemuksenne hyvistä käytännöistä syntyneet tämän hankkeen perusteella vai aiemman toiminnan perusteella? Perustuuko käytäntönne johonkin tutkimustietoon?
32. Onko tarkoituksenne jossain asiassa muuttaa käytäntöjä saamanne kokemuksen pohjalta? Mitä ja millä tavalla?
33. Onko hankkeella käytössä menetelmiä tai mittareita, joilla seurataan lasten/nuorten ja perheiden tilanteissa tapahtuvia muutoksia? Mitä menetelmät tai mittarit ovat?
34. Mitkä ovat hankkeenne yhteistyötahot? Luonnehtikaa jokaisen yhteistyökumppanin sitoutumista ja työpanosta kouluarvosanalla 4–10.
35. Minkä tahojen kanssa yhteistyö on ollut onnistunutta ja missä asioissa? Minkä yhteistyötahojen kanssa työskentelyyn on liittynyt pettymyksiä tai ongelmia ja missä asioissa?
36. Miten seuranta lapsen/nuoren ja perheen kuntoutusprosessin jälkeen on järjestetty? Mikä taho siitä vastaa ja millä tavalla?
37. Mikä hankkeessanne on sellaista, mitä virallinen palvelujärjestelmä ei pysty tarjoamaan?
38. Mainitkaa toimintamallinne keskeisimmät kehittämisalueet.
39. Haluatteko kertoa hankkeestanne jotain muuta terveisinä arviointiryhmälle?
40. Onko hankkeellanne www-sivuja (osoite)?
41. Lomakkeen täyttäjän nimi / täyttäjien nimet ja yhteystiedot (osoite, puhelin, sähköposti).

Liite 3. Kysely hankkeiden työntekijöille (2), joulukuu 2007.*1. Tavoiteltavat muutokset:*

- a) Mitä ovat olleet perheiden ilmaisemat muutostarpeet?
- b) Mitä konkreettisia muutoksia pyritte perhekuntoutuksen aikana saavuttamaan lapsessa, entä perheessä?
- c) Minkälaisia muita muutoksia pyritte aikaansaamaan (missä asioissa/toimijoissa)?
- d) Onko teillä näyttöä saavutetuista muutoksista? Jos on, millaista?
- e) Millaisia vaikeuksia olette kohdanneet muutoksiin pyrkiessänne?
- f) Miten olette pyrkineet poistamaan mahdollisia mainitsemianne esteitä?

2. Yhteistyö:

- a) Mitkä tahot (viranomaiset, muut organisaatiot) alueellanne ovat aitiopaikalla näkemään lasten psykiatrisen perhekuntoutuksen tarpeita?
- b) Johtaako muiden tahojen tieto lapsen kuntoutustarpeesta joihinkin teidän toimenpiteisiin perhekuntoutustyössä eli hyödynnättekö tietoa perhekohtaisessa työssä tavalla tai toisella? Jos johtaa, mihin?

3. Kuntoutussuunnittelu:

- a) Mikä seuraavista (lihavoi) kuvaa toimintatapaanne kuntoutussuunnittelussa (ajattele tyypillistä tilannetta)?
 - (1) lähдете toteuttamaan lähettävän tahon laatimaa kuntoutussuunnitelmaa omalta osaltanne
 - (2) laaditte (perhekuntoutuksen ajalle) kuntoutussuunnitelman lähettävän tahon ja perheen kanssa
 - (3) laaditte (perhekuntoutuksen ajalle) oman kuntoutussuunnitelman perheen kanssa
- b) Teettekö lähettävän tahon kanssa yhteistyötä kuntoutuksen aikana? (kyllä/ei)
- c) Jos teette, millaista yhteistyö on (kirjallista palautetta, puhelinkontakteja, kokoontumisia saman pöydän ääreen) ja missä asioissa?
- d) Laaditteko kuntoutuksen päätyttyä kirjallisen lapsi/perhekohtaisen palautteen kuntoutuksen toteutumisesta lähettäneelle taholle? (kyllä/ei)

Liite 4. Kuntoutuksen sisältöä ja toteuttamista koskeva kysely.

Keräämme lomakkeella tietoa lapsen/nuoren tyypillisestä kuntoutuspolusta. Pyydämme, että hankkeessanne käytännön kuntoutustyötä tekevät täyttävät lomakkeen tyypillisen kuntoutujatapauksen osalta. Tarkoitus on, että lomakkeen täyttö pohjautuu keskimääräiseen lapsen/nuoren tilanteeseen hankkeessanne. Aikajana ulottuu lomakkeessa 24kk:een. Merkitkää kuntoutuksen kesto lomakkeeseen kuitenkin sen mukaan, mikä kesto tyypillisimmillään hankkeessanne on.

Olemme saaneet jokaisesta hankkeesta tietoja lapsista/nuorista erillisellä lomakkeella. Niistä saamamme tiedon perusteella pyydämme, että kukin hanke täyttää lomakkeeseen tyypillisen kuntoutuspolun tietynikäisestä lapsesta/nuoresta (lista alla):

Jyväskylän Perhekoulu	5–6 v.
Netti-projekti	12–15 v.
Voimala, Helsinki	7–11 v. ja 12–15 v.
Voimala, Tampere	12–15 v.
Voimala, Oulu	12–15 tai yli 15-vuotias nuori
Voimala, Kotka	7–11 v.
Koulutusavain	7–11 v.
Länsi-Pohja	7–11 v. tai 12–15 v.
Privatim	12–15 v.
KuKa-projekti	yli 15-vuotias nuori
Kainuun perhekuntoutus	yli 15-vuotias nuori
MLL	7–11 v.
ODL: Oulu	7–11 v.
ODL: Rovaniemi	lähimalli 7–11 v. ja kaukomalli 7–11 v.
NeuroMental	yli 15-vuotias nuori.

Lomake

Hanke (hankkeen nimi, täyttävä ja päivämäärä):

Merkitse taulukkoon numeroin (kontakti-, tapahtumamäärin) tyypillinen kuntoutuspolku. Tapahtuman täytyy olla kestänyt väh. ½ t (ei koske puheluita).

AIKAJANA:	1. kk	2.	3.	4.	5.	6. kk	7.	8.	9.	10.	11.	12. kk	13.	14.	15.	16.	17.	18. kk	19.	20.	21.	22.	23.	24. kk
Tutkimukset																								
AH																								
LT																								
PT																								
FT																								
TA																								
MT																								
Konsultaatiot																								
KL																								
KM																								
Neuvottelut																								
LN																								
VN																								
PN																								
Havainnoinnit																								
KO																								
PÄ																								
Tapaamiset																								
LY																								
VT																								
LV																								
LVS																								
K																								
Ryhmät – muu yhteistoiminta																								
LR																								
VR																								
SR																								
MR																								
YT																								
YTS																								
Terapiat																								

Lomakkeen selitteet:**Tutkimukset**

AH = alku-, soveltuvuushaastattelu
 LT = lääkärin tutkimus, kuntoutukseen sisältyvä ja hankkeen maksama (ei ulkopuoliset poliklinikkakäynnit tmv.)
 PT = psykologin tutkimus, kuntoutukseen sisältyvä ja hankkeen maksama
 FT = fysioterapeuttin tutkimus, kuten edellä
 TA = toimintakyvyn/työkyvyn arviointi, kuten edellä
 MT = muun asiantuntijan tekemä tutkimus/selvittely (esim. sosiaalityöntekijä), kuten edellä

Konsultaatiot (edellyttää tapaamista)

KL = lääkärin konsultaatio
 KM = muun asiantuntijan konsultaatio (esim. psykologi)

Neuvottelut

LN = neuvottelu/palaveri lähtetävän tahon kanssa
 VN = muu verkostonneuvottelu, -tapaaminen (esim. päiväkotit, koulu, sosiaalitoimi, terveysviranomaiset), saman pöydän ääressä
 PN = puhelimitse tapahtuva neuvottelu, -konsultaatio

Havainnoinnit (esim. koululuokassa, päiväkotiryhmässä)

KO = koulukäynti
 PÄ = päiväkotikäynti

Tapaamiset

LY = lapsen/nuoren yksilökäynti (esim. vastaanotolla, hankkeen tiloissa)
 VT = vanhempien/vanhemman tapaaminen (esim. vastaanotolla, hankkeen tiloissa)
 LV = lapsen ja vanhempien/vanhemman yhteiskäynti (esim. vastaanotolla, hankkeen tiloissa)
 LVS = lapsen, vanhempien/vanhemman ja sisarusten yhteiskäynti (esim. vastaanotolla, hankkeen tiloissa)
 K = kotikäynti

Ryhmät – muu yhteistoiminta

LR = lasten/nuorten ryhmä
 VR = vanhempainryhmä
 SR = sisarustenryhmä
 MR = muu ryhmä, esim. opettajat, kouluavustajat, päiväkodin henkilöstö jne.
 YT = yhteinen toiminta lapsille ja vanhemmille/läheisille aikuisille (tutustuminen, perhepäivä, kokemusten vaihto tmv.)
 YTS = yhteinen toiminta lapsille, vanhemmille ja sisaruksille (tutustuminen, perhepäivä, kokemusten vaihto tmv.)

Terapiat

LPS = lapsen/nuoren psykoterapia, hankkeen henkilöstön antama
 PT = perheterapia esim. vastaanotolla, hankkeen tiloissa, hankkeen henkilöstön antama
 PTK = perheterapia kotona, hankkeen henkilöstön antama
 RT = ryhmäterapia, hankkeen henkilöstön antama
 MT = muu terapia, hankkeen henkilöstön antama

Yhteydenpito

LYP = lapsen/nuoren kanssa puhelinkeskustelu
 VYP = vanhemman/huoltajan kanssa puhelinkeskustelu

Liite 5. Loppukysely perheille.

Hyvät perhekuntoutukseen osallistuneen lapsen vanhemmat

Eri puolilla Suomea on meneillään yksitoista perhekuntoutushanketta. Niiden tavoitteena on tukea vanhempia kasvatustehtävässä ja lapsen kuntoutumisessa. Tarkoituksena on etsiä hyviä käytäntöjä, joiden avulla perheiden jaksamista voidaan edistää ja estää lasten vaikeuksien kärjistyminen. Tavoitteena on, että perheet voisivat saada tukea lähiverkostoista.

Tällä kyselyllä kerätään taustatietoja perhekuntoutukseen osallistumisesta sekä tietoja saaduista kokemuksista perhekuntoutuksen loppuvaiheessa tai sen päätyttyä. Pyydämme Teitä vastaamaan lomakkeen kysymyksiin. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja käytetään perhekuntoutuksen toteutuksen ja vaikutusten arviointiin ja tutkimukseen. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta jokainen vastaus on todella tärkeä suunniteltaessa toimia, joiden avulla perheitä voidaan tukea mahdollisimman hyvin.

Loppukysely

5–16-vuotiaiden vanhemmat

Hankkeen nimi

Tunniste

Olette osallistuneet Kelan perhekuntoutushankkeeseen. Tällä kyselyllä kerätään taustatietoja sekä tietoa Teidän mielipiteistänne perhekuntoutuksesta ja arviotanne sen onnistumisesta.

1. Ajanjakso, jolloin osallistuitte perhekuntoutukseen:

2. Pääasiallinen syy, miksi osallistuitte perhekuntoutukseen:

3. Perhekuntoutukseen osallistuneen lapsenne syntymäaika:

4. Lapsenne sukupuoli: 1 tyttö 2 poika

5. Lapsellenne asetettu diagnoosi (jos on tiedossa):

6. Olitteko ENNEN KUNTOUTUSTA huolissanne jostain seuraavista asioista lapsenne kohdalla ja minkä verran?

	Aiheutti paljon huolta	Aiheutti melko paljon huolta	Ei aiheuttanut juurikaan huolta	Ei aiheuttanut huolta
Tunne-elämän oireet (esim. jännittäminen, murehtiminen, pelot)	3	2	1	EH
Yliaktiivisuuden / tarkkaavuuden oireet (esim. levottomuus, keskittymisongelma, lyhytjänteisyys, helposti häiriintyminen)	3	2	1	EH
Kaverisuhteiden ongelmat (esim. yksinäisyys, ei samanikäisiä kavereita, kiusatuksi joutuminen)	3	2	1	EH
Käyttäytymisen ongelmat (esim. maltin menettäminen, näpistely, valehtelu, vihastuminen)	3	2	1	EH
Toisen ihmisen huomioon ottamiseen liittyvät ongelmat (esim. itsekkyyks, tunteettomuus)	3	2	1	EH
Oppimisvaikeudet (yleensä tai koulussa)	3	2	1	EH

7. Mikä on arvionne tilanteesta TÄLLÄ HETKELLÄ?

	Aiheuttaa paljon huolta	Aiheuttaa melko paljon huolta	Ei aiheuta juurikaan huolta	Ei aiheuta huolta
Tunne-elämän oireet (esim. jännittäminen, murehtiminen, pelot)	3	2	1	EH

Yliaktiivisuuden / tarkkaavuuden oireet (esim. levottomuus, keskittymisongelma, lyhytjänteisyys, helposti häiriintyminen)	3	2	1	EH
Kaverisuhteiden ongelmat (esim. yksinäisyys, ei samanikäisiä kavereita, kiusatuksi joutuminen)	3	2	1	EH
Käyttäytymisen ongelmat (esim. maltin menettäminen, näpistely, valehtelu, vihastuminen)	3	2	1	EH
Toisen huomioon ottamiseen liittyvät ongelmat (esim. itsekkyyys, tunteettomuus)	3	2	1	EH
Oppimisvaikeudet (yleensä tai koulussa)	3	2	1	EH

8. Onko lapsenne mielialassa, keskittymisessä, käyttäytymisessä, koulunkäynnissä, toisten kanssa toimeen tulemisessa tapahtunut perhekuntoutuksen myötä muutoksia? Mitä muutoksia? Kertokaa myös, mikäli muutoksia ei ole ollut.

9. Mikä perhekuntoutuksessa auttoi LASTANNE? Perustelkaa, miksi jokin toiminta oli hyvää.

10. Mikä perhekuntoutuksessa auttoi jaksamistanne VANHEMPINA ja tuntui hyvältä?
Perustelkaa, miksi jokin toiminta oli hyvää.

11. Sisälsikö perhekuntoutus seuraavia asioita ja oliko niitä riittävästi?

	Sisälsi liikaa	Sisälsi sopivasti	Sisälsi liian vähän	Ei sisältänyt, olisi toivottu	Ei sisältänyt, ei tarvetta
Perheen yhteisten asioiden käsittelyä kotikäyntien tai vastaavien yhteydessä	4	3	2	1	ET
Keskustelua ja kokemusten vaihtoa muiden perheiden kanssa	4	3	2	1	ET
Työskentelyä muun viranomaisverkoston kanssa (esim. päivähoito, koulu, sosiaalitoimi, terveydenhuolto)	4	3	2	1	ET

12. Mitä olisitte perhekuntoutukselta toivonut, mutta se ei toteutunut?

13. Saitteko vanhempina tukea, ohjausta tai lisätietoa seuraavissa asioissa perhekuntoutuksesta?

	Erittäin paljon	Melko paljon	Jonkin verran	Ehkä hiukan	Ei ajan- kohtaista
Tukea lapsenne tunnetilojen käsittelyssä	4	3	2	1	EA
Tukea lapsenne vahvuuksien tunnistamiseen	4	3	2	1	EA
Keinoja kontaktin saamiseksi lapsenne	4	3	2	1	EA

Tietoa lasten käyttäytymisestä ja lapsen kasvatuksesta	4	3	2	1	EA
Keinoja tukea lastanne kaverisuhteiden ongelmissa	4	3	2	1	EA
Opastusta lapsenne tulevaisuuden (esim. koulutusmahdollisuuksien) suunnitteluun	4	3	2	1	EA
Tietoa lähimmästä hoito- tai viranomais- tahosta, josta saatte tarvittaessa apua	4	3	2	1	EA
Tukea, joka auttaisi Teitä vanhempina jaksamaan paremmin	4	3	2	1	EA
Apua perheenne taloudellisten vaikeuksien selvittämiseksi	4	3	2	1	EA
Mahdollisuutta päästä kosketuksiin sellaisten ihmisten kanssa, jotka osaavat kuunnella ja ohjata	4	3	2	1	EA

14. Antoiko perhekuntoutus Teille vanhempina voimavaroja tukea lastanne?

Kyllä, paljon	Jonkin verran	Vähän	Ei lainkaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Kertokaa asiasta tarkemmin:

16. Missä määrin seuraavat lausumat kuvaavat perheenne viimeaikaista kokemusta?

	Ei kuvaa lainkaan viimeaikaista kokemustanne	Kuvaa heikosti kokemustanne	Kuvaa jossain määrin kokemustanne	Kuvaa melko hyvin kokemustanne	Kuvaa täysin kokemustanne
Voitte luottaa siihen, että saatte tukea toisiltanne, jos jokin menee pieleen	1	2	3	4	5
Ette löydä aikaa yhdessäoloon silloin, kun on kiirettä	1	2	3	4	5
Osaatte yleensä ratkaista asiat perheenne ja lapsenne kannata parhaalla mahdollisella tavalla	1	2	3	4	5
Teidän on vaikea jakaa huolianne ja tunteitanne rakentavalla tavalla	1	2	3	4	5

17. Mikä on perhekuntoutuksesta saamanne hyöty tai apu?

Taustatietoja:

18. Keitä perheeseen kuuluu? Valitkaa seuraavista:

Äiti, isä ja ____ lasta

Äiti ja ____ lasta

Isä ja ____ lasta

Jonkin muunlainen, millainen?

19. a) Onko äiti työelämässä? ☐ Kyllä ☐ Ei

b) Mikäli ei työelämässä, mikä tilanne?

c) Äidin ammatti?

d) Äidin koulutus?

20. a) Onko isä työelämässä? ☐ Kyllä ☐ Ei

b) Mikäli ei työelämässä, mikä tilanne?

c) Isän ammatti?

d) Isän koulutus?

Lomakkeen täyttäjä: ☐ Äiti ☐ Isä ☐ Joku muu, kuka?

Päivämäärä:

Liite 6. Kysely lapsia ja nuoria kuntoutukseen lähettäneille tahoille.

Kela järjesti lasten ja nuorten perhekuntoutuksen kehittämishankkeeseen liittyvän terveydenhuollon edustajien, palveluntuottajien ja Kelan tapaamisen. Kehittämishankkeeseen liittyy arviointitutkimus, joka tehdään Lapin yliopiston ja Kuntoutussäätiön toimesta. Nyt, kun tilaisuudessa käyty keskustelu on vielä tuoreessa muistissa, pyydämme Teitä lapsia ja nuoria lähettävän tahon edustajana vastaamaan muutamaan kysymykseen.

1. Kuinka paljon asiakkaanne oli vuonna 2006

a) 5–15-vuotiaita lapsia/nuoria?

b) 16–25-vuotiaita nuoria?

2. Kuinka monta lasta/nuorta olette lähettäneet

a) palveluntuottaja A:n perhekuntoutushankkeeseen
vuonna 2006?
vuonna 2007?

b) palveluntuottaja B:n perhekuntoutushankkeeseen
vuonna 2006?
vuonna 2007?

3. Millaisia lapsia/nuoria olette ohjanneet

a) palveluntuottaja A:n perhekuntoutushankkeeseen?

b) palveluntuottaja B:n perhekuntoutushankkeeseen?

4. Millä tavoin olette osallistuneet perhekuntoutuksen aikaiseen kuntoutussuunnitteluun? (Onko eroa sen osalta, mihin hankkeeseen lapset/nuoret ohjautuvat?)

5. Mitä kuntoutuksen aikainen yhteistyönne hankkeiden kanssa sisältää? (Onko eri hankkeiden kesken eroa?)

6. Miten osallistutte lasten/nuorten seurantaan perhekuntoutuksen jälkeen? Saatteko perhekuntoutushankkeelta esim. kuntoutusselosteen tms.?

7. Kuinka paljon asiakkaanne oli vuonna 2006 lapsia/nuoria, jotka olisitte periaatteessa voineet ohjata perhekuntoutukseen (mutta hankkeet eivät voineet ottaa enempää, tai lapsi/perhe ei tuntunut sovelialta)?

8. Jos kaikkia perhekuntoutuksesta mahdollisesti hyötyviä lapsia/nuoria ei ole mahdollista ohjata perhekuntoutukseen, millaisia palveluja heille suositellaan ja (tai) minkä tahojen piiriin heitä ohjataan?

9. Mitä Te lähettäjätahona odotatte perhekuntoutukselta, sisältö tms.?

10. Millaiset lapset/nuoret hyötyvät perhekuntoutuksesta?

11. Pitäisittekö tarpeellisenä saada alueellenne sisällöltään toisentyypistä perhekuntoutusta kuin palveluntuottaja A:n tai palveluntuottaja B:n perhekuntoutushankkeet? Millaiselle perhekuntoutukselle olisi tarvetta?

Liite 7. Liitetaulukko lasten mielenterveysongelmista.

Diagnoosi	N	%
Neuropsykiatrisia oireyhtymiä; Aspergerin oireyhtymä, autismi (F84), nykimisoireet ja Touretten oireyhtymä (F95)	90	15,6
Neuropsykiatrisia oireyhtymiä; hyperkineettiset häiriöt, ADHD (F90)	73	12,6
Ahdistuneisuushäiriötä (F41, F93)	75	13,0
Pelko-oireet (F40)	13	2,2
Pakko-oireet (F42)	7	1,2
Sopeutumis- ja stressihäiriöt (F43)	28	4,8
Käytös- ja uhmakkuushäiriöt (F91)	32	5,5
Samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt, sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt, muut toiminto- ja tunnehäiriöt (F92, F94, F98)	73	12,6
Masennus, mielialahäiriöt (F32, F33, F39)	79	13,7
Sosioekonomiset ja psykososiaaliset ongelmat (Z 55–65)	37	6,4
Oppimisvaikeudet (F81–F83)	31	5,4
Muut (E, F15, F20–21, F25, F29, F31, G, R, Q)	40	6,9
Yhteensä	578	100,0

Liite 8. Liitetaulukko lasten (5–11-v.) ja nuorten (12–25-v.) mielenterveysongelmista.

Mielenterveysongelma	5–11-v. %	12–25-v. %	Yhteensä %
Neuropsykiatriset oireyhtymät	40,0	18,6	28,2
Ahdistuneisuushäiriöt	15,0	26,4	21,3
Käyttäytymishäiriöt	21,2	15,7	18,2
Masennus	5,4	20,4	13,7
Sosioekonomiset ja psykososiaaliset ongelmat	5,8	6,9	6,4
Oppimisvaikeudet	8,1	3,1	5,4
Muut häiriöt/sairaudet	4,6	8,8	6,9
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

Liite 9. Hankkeiden asettamat tavoitteet perhekuntoutukselle.*1a. Tavoitteena lapsen fyysisen tai psyykkisen kehityksen ja tunne-elämän hallinnan tukeminen*

- Lapsen psyykkisen hyvinvoinnin (Privatim) ja kehityksen tukeminen (Koulutusavain, Länsi-Pohja), psyykkisten oireiden ja ongelmien hallinta (NeuroMental).
- Mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyyn vaikuttaminen (Kainuun perhekuntoutus).
- Lapsen käyttäytymisen hallinnan ja itsesäätelyn tukeminen (Jyväskylän Perhekoulu).
- Lapsen ikätasoisien kehityksen ja toimintakyvyn turvaaminen (MLL, NeuroMental, Koulutusavain, Privatim; ODL: Oulu) ja kuntoutuminen (Kainuun perhekuntoutus).
- Lapsen kognitiivisen kehityksen tukeminen (Koulutusavain), kognitiivisten oireiden ja ongelmien hallinta (NeuroMental).
- Fyysisestä terveydestä huolehtiminen (ODL: Roi).
- Lapsen/nuoren itsetuntemuksen (Netti-projekti; ODL: Oulu & Roi) ja identiteetin kasvun tukeminen (KuKa-projekti; ODL: Oulu & Roi).

1b. Tavoitteena lapsen sosiaalisten taitojen, elämäntaitojen ja sosiaalisen selviytymisen tukeminen

- Lapsen ja nuoren sosiaalisen kasvun (Koulutusavain, ODL: Oulu & Roi, Länsi-Pohja) ja sosiaalisten taitojen (Voimalat, NeuroMental, Jyväskylän Perhekoulu, MLL, ODL: Oulu & Roi, Netti-projekti) tukeminen.
- Nuoren itseluottamuksen tukeminen (Netti-projekti).
- Nuoren toimintakyvyn (KuKa-projekti), päivittäisten taitojen (NeuroMental), elämäntaitojen (Netti-projekti) ja itsenäisen elämisen (NeuroMental) tukeminen.
- Sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisy (NeuroMental).
- Lapsen koulunkäynnin (Privatim, NeuroMental), nuoren opiskelukyvyn (KuKa-projekti, NeuroMental) ja työn mahdollistumisen (NeuroMental) tukeminen.

2. Tavoitteena muutos vanhempien toimintatavoissa ja jaksamisessa

- Vanhempien tukeminen kasvatustehtävässä (MLL, Netti-projekti).
- Vastuullisen vanhemmuuden (Koulutusavain, Länsi-Pohja, ODL: Oulu & Roi, Privatim) ja vanhempien lastensa huoltoon ja hyvinvointiin sitoutumisen (Länsi-Pohja) tukeminen.
- Vanhempien ohjaaminen ongelmatilanteiden kohtaamisessa (ODL: Oulu & Roi).
- Vanhempien jaksamisen tukeminen ja väsymisen ennaltaehkäiseminen (Jyväskylän Perhekoulu).

3. Tavoitteena muutos lapsen ja vanhempien vuorovaikutuksessa

- Perheen vuorovaikutuksen tervehdyttäminen (MLL, Koulutusavain, Länsi-Pohja; ODL: Oulu & Roi).
- Kielteisen vuorovaikutuskehän katkaiseminen (Jyväskylän Perhekoulu).
- Uudenlaisen ja avoimemman ilmaisuuden tukeminen (Kainuun perhekuntoutus).
- Myönteisten vuorovaikutustaitojen siirtyminen arkipäivän elämään (ODL: Oulu & Roi).

4. Tavoitteena muutos perheen toiminnassa ja perheyhteisön vahvistuminen ja hyvinvointi

- Perheen voimavarojen tunnistaminen ja käyttöönotto (NeuroMental, Länsi-Pohja, Privatim), perheen yhteisen toiminnan edistäminen (ODL: Oulu & Roi).
- Perheen tunneilmapiiirin tervehdyttäminen (MLL).
- Ongelmia ylläpitävien toimintatapojen tunnistaminen ja toimivien toimintatapojen rakentaminen (NeuroMental).
- Tukeminen arkipäivän selviytymisessä ja ohjaaminen ongelmatilanteiden kohtaamisessa (ODL: Oulu & Roi).
- Perheen tukeminen taustavoimana nuoren itsenäistymisprosessissa (KuKa-projekti)
- Perheen hyvinvointiin vaikuttaminen ennalta ehkäisevänä toimintana (Kainuun perhekuntoutus), lastensuojelutarpeen ennakointi (Länsi-Pohja).

5. Tavoitteena lapsen ja perheen osallisuus lähiyhteisöihin ja verkostojen hyödyntäminen

- Perheen tukeminen yhteistyöhön verkostojen kanssa (ODL: Oulu & Roi).
- Perheen lähiverkoston tukeminen lapsen kehitystä aktiivisesti edistäväksi (MLL), sukulaisverkoston aktivointi (Privatim).
- Ystävien (harrastukset) resurssien hyödyntäminen (Voimalat).
- Lähiverkoston (koulu) tukeminen kasvatustehtävässä (Netti-projekti), lähiverkoston (päiväkoti, koulu) konsultaatio ja ohjaus (Koulutusavain, Kainuun perhekuntoutus).
- Mahdollisuuden tarjoaminen vertaistukeen (Länsi-Pohja), vertaistuen syntymisen tukeminen (Kainuun perhekuntoutus).

6. Tavoitteena perheitä hyödyttävä yhteistyö viranomaistoimijoiden kanssa

- Sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien hyödyntäminen (Voimalat).
- Yhteistyömuotojen rakentaminen lähettävien tahojen kanssa (Voimalat).
- Hoito-, kuntoutus- ja tukipalveluja tuottavan viranomaisverkoston synnyttäminen (MLL, KuKa-projekti), yhteistyön kehittäminen eri toimijoiden kesken (Länsi-Pohja).
- Verkostojen tukeminen (ODL: Roi) ja auttaminen ongelmia ylläpitävien toimintamallien tunnistamisessa (NeuroMental).
- Kokemusten saaminen verkostotoimijoiden yhteistyöstä (KuKa-projekti).

Liite 10. Perhekuntoutushankkeiden esittämät muutostavoitteet.*Lapsi tai nuori*

- Lapsen kyvyt ja taidot kehittyvät iänmukaisesti (esim. leikkitaidot, omatoimisuus, ajan merkityksen ymmärtäminen).
- Arkitoiminnot sujuvat (syöminen, nukkuminen, pukeutuminen, peseytyminen).
- Lapsi tunnistaa ja nimeää omia tunteitaan.
- Lapsi ilmaisee tunteita tavalla, joka ei häiritse tai vahingoita lasta itseään tai muita.
- Lapsi pystyy hyväksymään uusia asioita.
- Lapsi oppii sietämään pettymyksiä.
- Lapsi oppii hyväksymään sääntöjä ja toimimaan ohjeiden mukaan.
- Lapsi oppii rauhoittumaan.
- Lapsi oppii kuuntelemaan, ottamaan huomioon muita ja jakamaan omia ajatuksiaan.
- Lapsi löytää myönteisiä keinoja ottaa kontaktia ikätovereihin ja saa kavereita.
- Lapsi osallistuu (ei katso vain TV:tä tai pelaa pelejä).
- Sosiaaliset taidot ja sosiaalisissa tilanteissa oleminen parantuvat.
- Lapsen keskittymiskyky paranee.
- Lapsen pitkäjännitteisyys kehittyy ja lisääntyy.
- Lapsi löytää motivaatiota tavoiteltaville asioille, kiinnostuu esim. koulutyöstä.
- Kirjoittaminen, lukeminen ym. koulunkäyntiin liittyvä sujuu.
- Lapselle löytyy harrastus.
- Lapsi saa itseluottamusta.
- Lapsen mieliala kohentuu, iloisuus ja valoisuus lisääntyvät.
- Lapsen käsitys omasta itsestä rakentuu.
- Lapsi tulee tietoiseksi voimavaroistaan ja kuntoutukseen johtaneista ongelmista ja voi ymmärtää ja hallita niitä.

Vanhemmat

- Vanhemmat havaitsevat lapsen tunteet sellaisina kuin ne ovat ja vastaavat niihin lasta kunnioittavasti ja tunneilmaisua rohkaisevasti.
- Vanhemmat kuuntelevat lapsen tarpeita ja toiveita.
- Vanhemmat oppivat kannustamaan ja tukemaan lasta, joustavuus lapsen erilaisuutta kohtaan kasvaa.
- Hyvän huomaaminen lapsessa lisääntyy.
- Vanhemmillä on taitoja käsitellä vaikeita asioita lapsen kanssa.
- Vanhemmat huolehtivat lapsen turvallisuudesta ja pitävät kiinni sovituista asioista.
- Vanhemmat osaavat toimia lapselle arvostettavana roolimallina.
- Vanhemmat ovat läsnä.
- Vanhemmat pystyvät yhteistyöhön kasvatuksessa.
- Vanhemmat tulevat tietoisiksi omista taidoistaan ja voimavaroistaan vanhempana ja kasvattajana.
- Vanhemmille kehittyy lapsen toiminnan ohjaustaitoja.

- Kielteiset kasvatuskeinot vähentyvät ja loppuvat, uusia saadaan tilalle.
- Vanhempien kynnys hakea tukea myös itselleen laskee.
- Opitaan hyödyntämään läheisverkostoja, puhutaan sukulaisten ja ystävien kanssa asioista.
- Rohkaistutaan yhteistyöhön koulun ym. yhteistyökumppanien kanssa.
- Jaksetaan työssä, aktivoidutaan palaamaan työelämään.

Sisarukset

- Sisarukset ymmärtävät kuntoutujalapsen tilanteen ja käyttäytymistä ikä kautensa mahdollistamalla tavalla.
- Sisarukset tulevat toimeen keskenään.
- Myös kuntoutujalapsen sisarusten arki ja koulunkäynti sujuvat.

Perhe

- Ollaan enemmän yhdessä, esim. arjen kotiaskareiden tekoa.
- Perheenjäsenten välinen myönteinen vuorovaikutus lisääntyy; puhutaan enemmän asioista ja kuunnellaan toisia perheenjäseniä.

Muut toimijat

- Lapsen arjessa mukana olevat ammattilaiset (päivähoidossa, koulussa) tukevat lapsen myönteistä, tervettä kehitystä ja ymmärrys lasta kohtaan lisääntyy.
- Perheen kanssa työskentelevät keskustelevat valppaammin lapsen tai perheen asioista.
- Perheitä oikeasti kuunnellaan ja kohdataan niiden lähtökohdista käsin.
- Asenteet ja toimintatavat kouluissa muuttuvat niin, ettei vaikeuksissa olevaa lasta leimata ja syrjäytetä (poisteta koulusta), vaan mietitään selviytymiskeinoja ja osataan etsiä tarvittavia lisäresursseja lapsen tukemiseksi.
- Perheellä on kuntoutuksen päättyessä riittävät, johdonmukaisen kokonaisuuden muodostavat palvelut, jotka tukevat lapsen arkea (esim. päivähoito- ja koulujärjestelyt, terapiapalvelut).

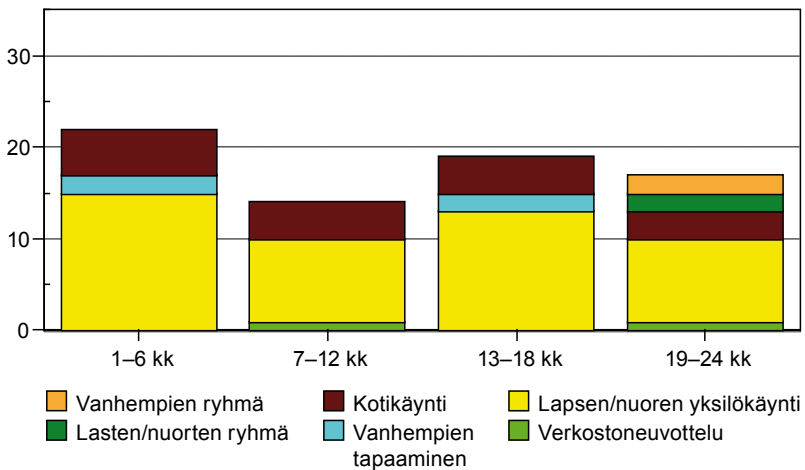
Liite 11. Perhekuntoutuksen sisällön painopisteet hankkeittain.

Hanke	Painopiste 1	Painopiste 2	Painopiste 3
Jyväskylän Perhekoulu	Lasten ja vanhempien ryhmät		
Kainuun perhekuntoutus	Perheterapiakäynnit kotona	Yhteinen toiminta lapselle, sisaruksille ja vanhemmille	Yhteydenpito vanhempiin ja lapseen
Koulutusavain	Lapsen yksilökäynnit	Kotikäynnit	Verkostoneuvottelut
KuKa-projekti	Nuorten ryhmät	Yhteydenpito nuoreen, nuoren yksilötapaamiset	Yhteinen toiminta nuorelle ja nuoren läheisille
Länsi-Pohja	Perheterapiakäynnit kotona	Yhteydenpito vanhempiin ja lapseen	Verkostoneuvottelut
MLL	Lasten, vanhempien ja sisarusten ryhmät	Yhteinen toiminta lapselle, sisaruksille ja vanhemmille	Lasten, vanhempien ja sisarusten tapaamiset
Netti-projekti	Nuorten ryhmät	Koulukäynnit	Yhteinen toiminta nuorelle ja yhdelle läheiselle, yhteydenpito vanhempiin
NeuroMental	Lapsen yksilökäynnit	Lapsen ja vanhempien tai vanhempien tapaamiset	Lastenryhmät
ODL, lähimalli, Oulu	Lastenryhmät	Vanhempien tapaamiset ja yhteydenpito vanhempiin	Verkostoneuvottelut
ODL, lähimalli, Roi	Lastenryhmät	Vanhempien tapaamiset tai ryhmät riippuen tilanteesta	Kotikäynnit tai lapsen yksilökäynnit tilanteen mukaan
ODL, kaukomalli, Roi	Kotikäynnit	Koulukäynnit, verkostoneuvottelut	Vanhempien tapaamiset
Privatim	Lapsen yksilökäynnit	Kotikäynnit	Vanhempien tapaamiset
Voimala, lapsi, Helsinki	Lapsen ja vanhempien tapaamiset	Lapsen yksilökäynnit	
Voimala, nuori, Helsinki	Nuoren yksilötapaamiset	Nuoren ja vanhempien tapaamiset	
Voimala, Kotka	Perheterapia vastaanotolla	Lapsen psykoterapiakäynnit	Neuvottelut verkoston kanssa pääasiassa puhelimitse
Voimala, Oulu	Nuoren yksilötapaamiset	Vanhempien tai nuoren ja vanhempien tapaamiset	Neuvottelut verkoston kanssa pääasiassa puhelimitse, yhteydenpito nuoreen ja vanhempiin
Voimala, Tampere	Lapsen yksilötapaamiset	Lapsen ja vanhempien tapaamiset	Yhteydenpito vanhempiin

Liite 12. Hankkeiden ryhmittely kuntoutuksen eri muotojen mukaan (ks. myös luku 7.3.). (Liitekuviot 1.–8.)

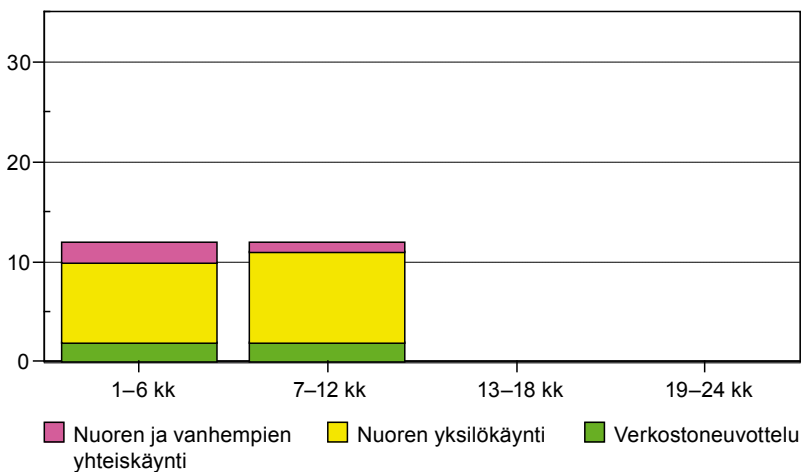
Liitekuvio 1. Lapsen yksilötapaamiset ja perhetapaamiset kotona.

Kontakti-, tapahtumamäärä / Privatim



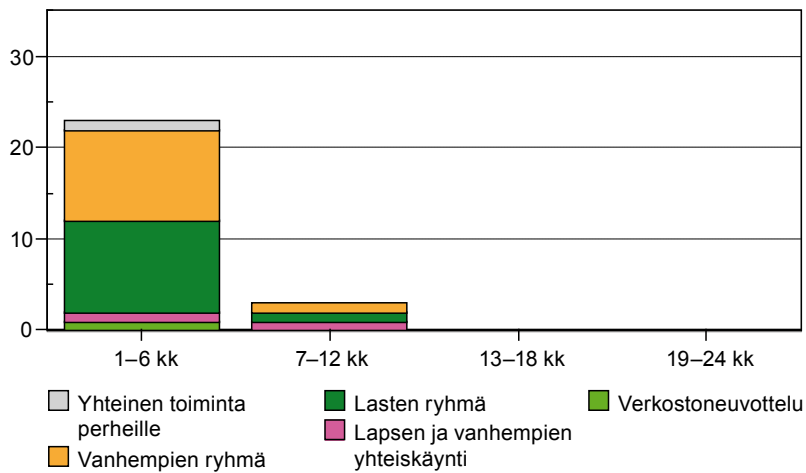
Liitekuvio 2. Nuoren yksilötapaamiset.

Kontakti-, tapahtumamäärä / Voimala, Helsinki

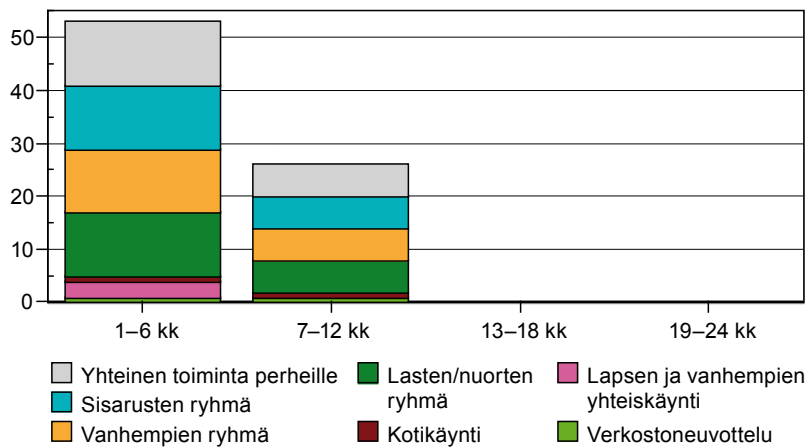


Liitekuvio 3. Lasten ja vanhempien ryhmätoiminta.

Kontakti-, tapahtumamäärä / Jyväskylän Perhekoulu

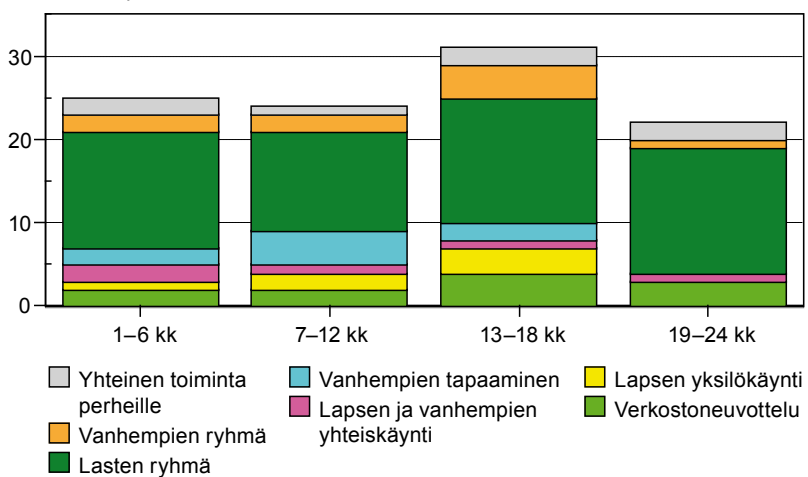


Kontakti-, tapahtumamäärä / MLL (Turku)



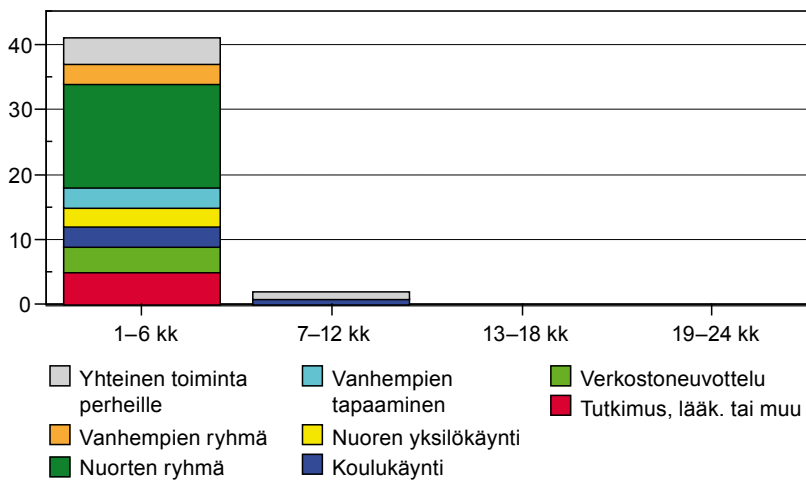
Liitekuvio 4. Lasten ryhmätoiminta.

Kontakti-, tapahtumamäärä / ODL, lähimalli, Oulu

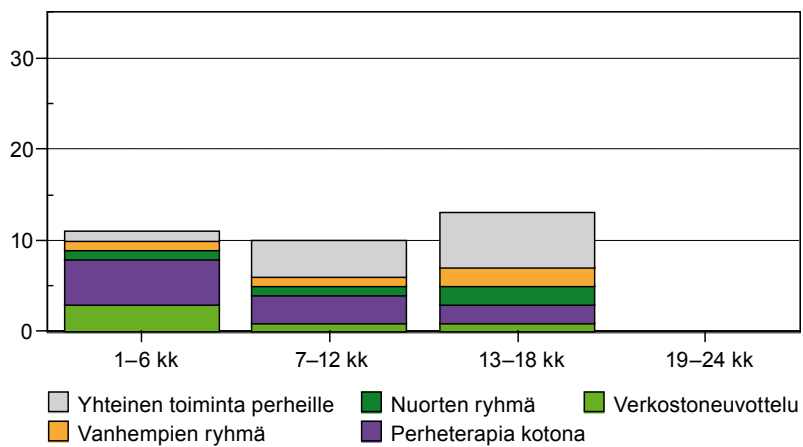


Liitekuvio 5. Nuorten ryhmätoiminta.

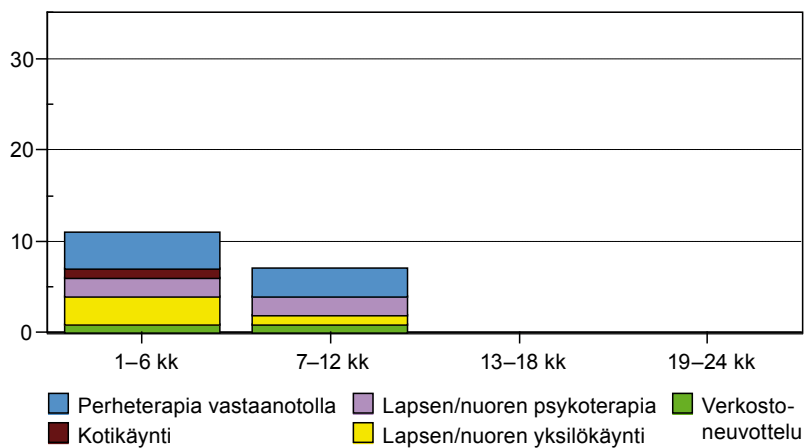
Kontakti-, tapahtumamäärä / Netti-projekti

**Liitekuvio 6.** Perheterapiaan painottuva kuntoutus.

Kontakti-, tapahtumamäärä / Kainuun perhekuntoutus

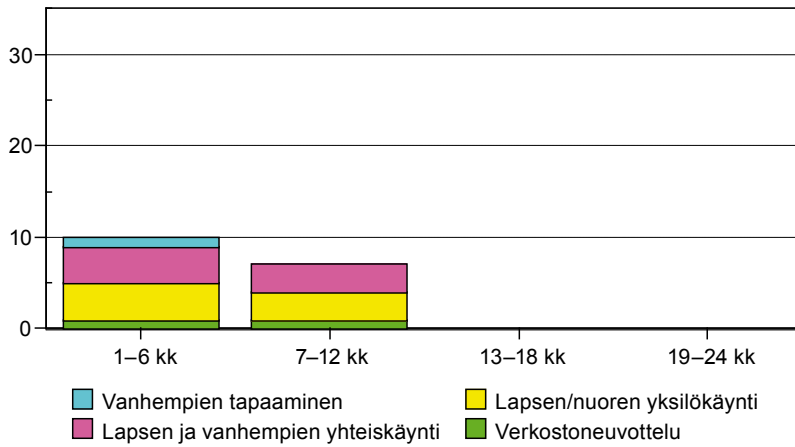


Kontakti-, tapahtumamäärä / Voimala, Kotka

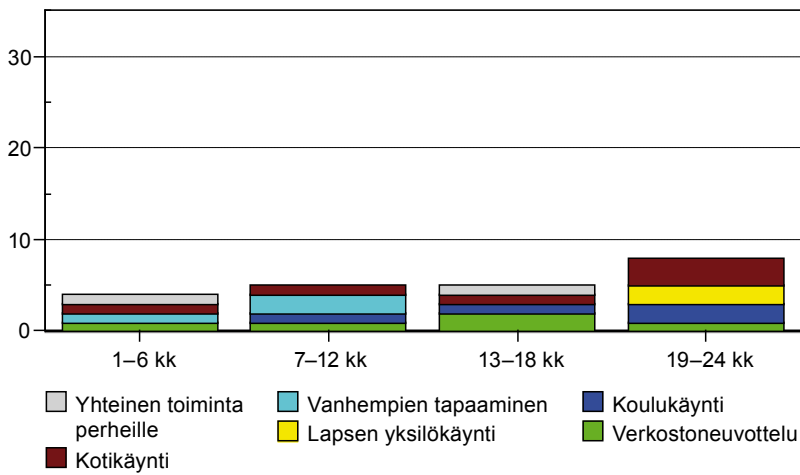


Liitekuvio 7. Lapsen ja vanhempien yhteistapaamiset.

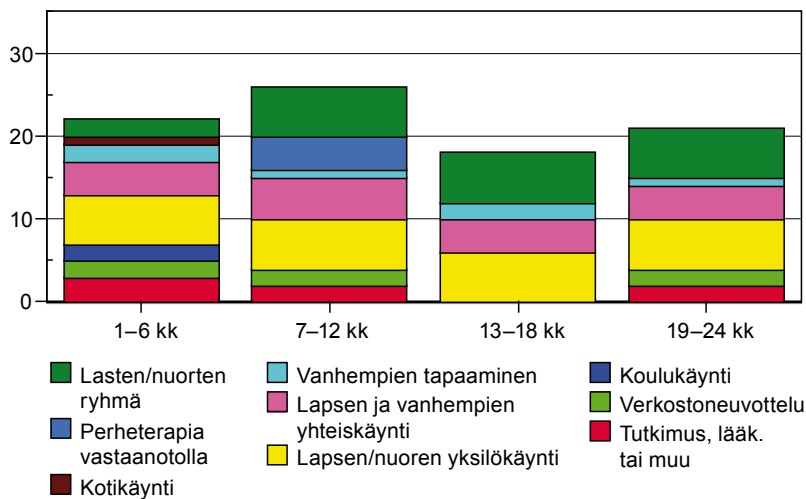
Kontakti-, tapahtumamäärä / Voimala, Tampere

**Liitekuvio 8.** Kuntoutuksen painopiste ei yksiselitteinen.

Kontakti-, tapahtumamäärä / ODL, kaukomalli, Rovaniemi



Kontakti-, tapahtumamäärä / NeuroMental



Liite 13. Loppukyselyn vastausprosentit.

Hanke	Lomakkeita	Vastauksia	Vastausprosentti
Jyväskylän Perhekoulu	14	8	57
Kainuun perhekuntoutus	4	1	25
Koulutusavain	7	5	71
Netti-projekti	19	11	58
NeuroMental	3	2	67
MLL	27	12	44
ODL:Roi	4	4	100
Voimalat	70	22	31
– Helsinki	44	8	18
– Kotka	7	3	43
– Oulu	11	8	73
– Tampere	8	3	38
Yhteensä	148	66*	45

* Sisältää yhden vastauksen, jonka osalta ei tiedetä hanketta.

Liite 14. Lähettäjätahojen näkemykset perhekuntoutuksesta hyötivistä lapsista.

Lähettävä taho	Lapset, jotka hyötyvät perhekuntoutuksesta
Lastenpsykiatrian poliklinikat, osastot ja toimintayksiköt	Vuorovaikutuksen ongelmista, käytös- tai uhmakkuusoireista tai neuropsykiatrisista oireista kärsivät, tai päihderiippuvaiset (addiktioita oireilevat), myös lievästi ja keskivaikeasti psyykkisesti oireilevat lapset, joiden vanhemmat sitoutuvat työskentelyyn; lapset, joiden kohdalla on tärkeää tehdä työtä koko perheen kanssa; vauvaperheet; julkisten palveluiden ulkopuolelle jätetyt perheet, jotka eivät pysty käyttämään yksityissektorin palveluja; vaikeavammaisten lasten perheet; sijoitetut tai adoptiolapset.
Kasvatus- ja perheneuvolat	Sopeutumisongelmaiset, käytös-, uhmakkuushäiriöiset, erityispalveluiden ulkopuolelle jäävät ja monella tapaa oireilevat; lapset, joiden kohdalla ongelmat liittyvät perheen tilanteeseen tai perheen voimavarojen vähäisyyteen; motivoituneiden perheiden lapset.
Muut lapsia hoitavat tahot	Psyykkisesti oireilevat, käytöshäiriöiset, ylivilkkaat ja keskittymisvaikeuksia potevat, arat ja eristäytyneet; lapset, joiden ongelmien taustalla epäjohdonmukainen kasvatus; monenlaiset (myös moniongelmaiset) perheet, jotka tarvitsevat tukea kasvatuksessa; motivoituneiden ja kuntoutukseen sitoutuneiden perheiden lapset; vanhemmilla oltava voimia tukea lasta; koko perheen oltava mukana; lastensuojelun oltava kunnossa.
Koulu	Väliinputoajalapset; nuoret, joita julkinen terveydenhoito ei tavoita; moniongelmaiset; lapset, joilla perheen pulmat ovat yhteydessä koulunkäyntiin.
Nuortenpsykiatrian poliklinikat, osastot ja toimintayksiköt	Nuoret, joiden perheen vuorovaikutus/rakenne laukaisee tai pahentaa sairautta; nuoret, joilla on jonkinasteinen oma motivaatio; masentuneet, itsemurha-alttiit, syömishäiriöiset ja psykoottiset nuoret.

Liite 15. Lähettäjätahojen perhekuntoutuksen toteuttamista koskevat odotukset.

Lähettävä taho	Odotukset perhekuntoutuksesta (esim. sisältö)
Lastenpsykiatrian poliklinikat, osastot ja toimintayksiköt	<p>Riittävän tiivistä perhetyöskentelyä; keskeisten ongelmien työstämistä; perheen vuorovaikutuksen tukemista; perheen yhteistä tekemistä; perheen huomiointia kokonaisuutena; kotiin päin tapahtuvaa työtä; tukea ja ohjausta arkeen; vanhempien jaksamisen tukemista; vertaistukiryhmiä lapsille; toiminnallista ja oivalluksia antavaa otetta; myös kahdenkeskistä työskentelyä lapsen kanssa; kommunikaatiotaitojen harjoittamista; rentoutusta ja yhdessäoloa; informaatiota ADHD:stä; joustavuutta kuntoutuksen keston ja käyntimääriin, esim. Perhekoulun tapaista toimintaa; laituskuntoutusjaksoja; pikkulapsiperheiden kuntoutusta; lähettävät tahot mukaan suunnitteluun; säännöllistä arviointia; palvelut riittävän lähellä; verkostojen kanssa työskentelyä; vaikuttavuutta kuntoutukseen; monipuolista osaamista; henkilöstölle kuntoutuksellista koulutusta; myös perustasolle resursseja; jalkautuvaa työntekoa; kuntoutus yleistyi kotiin, kouluun jne.</p>
Kasvatus- ja perheneuvolat	<p>Apua perheen vuorovaikutukseen; yksilöllistä työskentelyä; ryhmämuotoista intensiivistä kuntoutusta; kotiin tehtävää perheterapeuttista työtä; tukea vanhemmuuteen; tiivistä verkostotyötä; yhteistyötä lähettäjän ja kuntouttajan kanssa; yhteispalavereja; tavoitteiden seuranta.</p>
<p>Muut lapsia hoitavat tahot</p> <p>Koulu</p>	<p>Tarpeenmukaista laitos- ja avokuntoutuksen yhdistämistä; ryhmämuotoista kuntoutusta; lapsen yksilöllisten ominaisuuksien huomiointia; palkkioiden käyttöä; lasten vuorovaikutuksen ryhmäharjoittelua aikuisen ohjaamana; perheitä voimaannuttavaa kuntoutusta; psykoedukaatiota; konkreettista apua koti- ja kouluarjen järjestämiseen; koulun hyödyntämistä sosiaalisten taitojen oppimisessa; tiivistä yhteistyötä lähettävän tahon ja perheen kanssa; myös ruotsinkielistä toimintaa; perhekuntoutus ennalta ehkäiseväksi toiminnaksi.</p> <p>Informaatiota kouluille perhekuntoutuksen toimintamuodoista, palautteen saantia; perheen räätälöityä kuntoutusta; verkostoitumista eri tahoille; matalan kynnyksen palvelua; täydentävää toimintaa terveydenhuollolle; arvioinnit ja seurannat tärkeitä.</p>
Nuortenpsykiatrian poliklinikat, osastot ja toimintayksiköt	<p>Nuoren oman psyykkisen kasvun ja kehityksen tukemista; joustavuutta ja kykyä kuunnella; nuorille ryhmätoimintaa, vertaisryhmiä; siirtymävaiheeseen satsaamista kuntoutuksen päättyessä; yhteistyötä eri tahojen kanssa itsenäisenä toimijana (ei hoidon osana eikä alisteisena); virka-ajan ulkopuolista työskentelymahdollisuutta; jatkohoitoa nuorille; jalkauttamista.</p>